CENA 40 ZŁ

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Marzec 1949 Nr 3



WYDAWCA POLSKI



CZERWONY KRZYŻ

Okładkę projektowali: J. Mucharski i M. Smorońska.

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC: 1) objętość prac nadsyłanych do Redakcji nie powinna przekraczać 5 stron pisma maszynowego; rękopisy pisane jednostronnie, z odstępem 1 wierszowym, z marginesem 3 cm. 2) autor winien podać: swój tytuł, imię, nazwisko, adres oraz źrodła, na których oparł pracę; 3) fotografie (na błyszczącym papierze) należy opatrzyć dokładnym opisem; 4) Redakcja zastrzega sobie prawo poprawek stylistycznych, bez porozumienia z autorem.

Pielęgniarka Polska

CZASOPISMO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

Rok 2 (XIII) Marzec 1949 Nr 3

TEGOROCZNY, MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ KOBIET, który obchodziłyśmy 8 marca, miał dla nas szczególne znaczenie. 90-milionowa rzesza, zorganizowana w Światowej Demokratycznej Federacji Kobiet, dała wyraz swej solidarności w walce o pokój i postęp społeczny.

Kobiety w Polsce, głosząc hasło pokoju, łączą się z Federacją w walce o nasze własne, polskie sprawy i interesy.

Za dużo krwi wsiąkło w nasze pola i ulice, zbyt wiele gruzów i cmentarzy zostało w naszym kraju, za dużo wspomnień rozdzierających serce niemal każdej z nas, by kobieta polska nie zdawała sobie sprawy z tej jedynej obecnie ostoi, jaką jest Demokracja, pragnąca pokoju.

ŚWIATOWA Demokratyczna Federacja Kobiet jest potężną organizacją międzynarodową. Cele, którym służy Federacja i sprawy, o które walczy — są bliskie sercu każdej kobiety. Każda świadoma kobieta rozumie, że tylko w warunkach pokojowych można wychować typ człowieka prawdziwie szlachetnego i mądrego, by umiał współżyć z ludźmi różnych ras, różnych narodowości i wyznań; by życie swe budował w oparciu o miłość i bezinteresowną przyjaźń; by nie żył z wyzysku innych i nie pragnął wojny.

Przez demokratyczne wychowanie — chcemy wyzwolić człowieka z pęt nienawiści, ażeby człowiek człowiekowi był bratem a nie wilkiem. Chcąc ukształtować tego nowego człowieka potrzeba nam **ciszy i spokoju.** Nie możemy trwonić swych sił na wojnę nerwów. **Nie chcemy wojny**, nie uznajemy „lepszych" czy „gorszych" narodów, uznajemy wszystkie narody miłujące pokój.

KOBIETA w Polsce jest świadoma swych zdobyczy socjalnych, jakie dał jej Rząd Ludowy. Dziś kobieta polska nie potrzebuje wysuwać haseł o ochronę macierzyństwa, o opiekę nad dzieckiem, o równą płacę za pracę. Dziś stanęła w równym starcie z mężczyzną, a hasła, o które kiedyś walczyła przeciw rządom, dziś są w programie rządu, stały się jego istotną troską. Obecnie kobieta wysuwa jedno hasło — **hasło pokoju.**

Program rządu, dając nam możliwości dalszego intelektualnego rozwoju, pobudził w nas wiarę we własne siły. Przed kobietą otworzyło się wiele nowych dróg; osiągalny jest dla nas każdy awans społeczny. To też po raz pierwszy w dziejach naszego narodu, kobieta zajmuje stanowisko dyrektora, majstra, kierownika wielkich zakładów pracy. Po raz pierwszy

kobiety pełnią funkcje wójtów, przewodniczących rad narodowych, a nawet ministrów. Wzrasta aktywny wkład kobiet w prace rad zakładowych i wyższych komórek ruchu zawodowego.

JEŻELI nie wszystkie kobiety zdają sobie sprawę z doniosłości przemian, jakie u nas zaszły, to złożyły się na to wieki. Życie kobiety sprowadzało się do ciszy kąta rodzinnego, gdzie niejednokrotnie schodziła do roli domowego kopciuszka. Jej skromność w poczynaniach i brak cywilnej odwagi jest wynikiem wychowania całych stuleci. Nie dopuszczono jej do równego startu życiowego.

Kobiety otworzyły dziś szeroko okno na świat wiedzy, nauki i postępu. Ich wydajna i twórcza praca stanowi wielki wkład w dzieło utrwalenia pokoju.

Tegoroczne święto było naszą manifestacją niezłomnej woli o utrwalenie pokoju, jako jedynej drogi do szczęścia całej ludzkości, jako drogi, na której nienawiść można pokonać tylko miłością człowieka do człowieka.

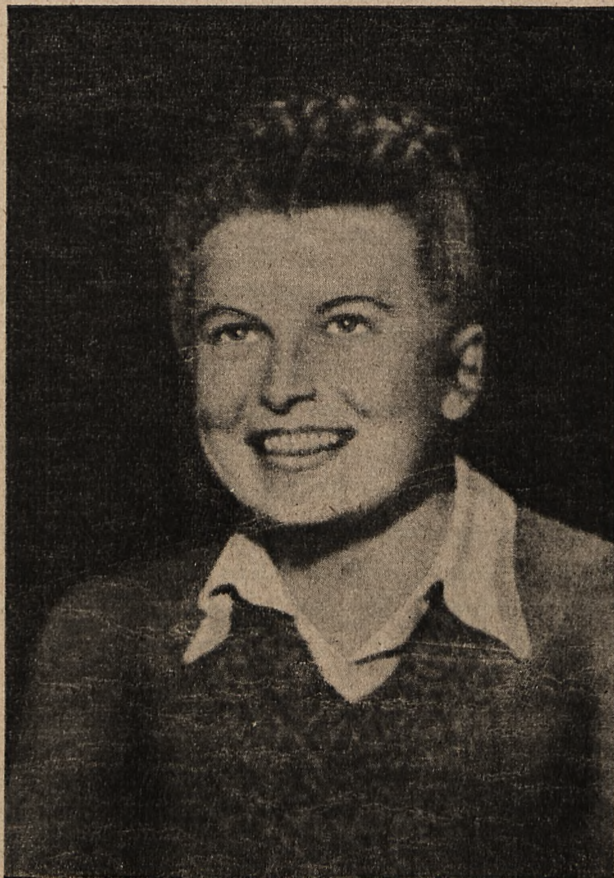
Zofia Żołędziowska

Dr „ANKA"

Dr Helena Wolff, znana wszystkim pod jej okupacyjnym pseudonimem — dr „Anka" — urodziła się w roku 1915 w Warszawie. Już podczas studiów na wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego była czynnym działaczem postępowej organizacji młodzieży akademickiej „Życie".

W roku 1939 brała udział w obronie Warszawy, a w roku 1942 wstąpiła do szeregów Gwardii Ludowej, gdzie organizowała Służbę Zdrowia.

W roku 1944 została powołana na stanowisko Szefa Sanitarnego A. L. Okręgu Lubelsko-Radomskiego.



Nie poprzestając na pracy w Służbie Zdrowia, rzuca się do walki w oddziałach partyzanckich A. L. i B. Ch. Bohaterskie czyny Dr „Anki" wzbudzają podziw jej dowódców.

Niezależnie od prac wojskowych, Dr „Anka" była wybitnym lekarzem-społecznikiem.

Postać młodej partyzantki, która znajdowała w swej ofiarnej służbie żołnierza-lekarza i instruktora sanitarnego czas na leczenie okolicznych dzieci chłopskich stawia ją w rzędzie kobiet - bohaterów, godnych naśladowania.

Dr Helena Wolff, lekarz Instytutu Radowego w Warszawie, major Armii Ludowej została rozstrzelana przez Niemców we wsi Brody (woj. Kieleckie) jesienią 1944 r.

Pamięć o bohaterskiej bojowniczce o ideały demokracji, o prawo do życia i wolności narodów, o ustrój w którym nie ma miejsca na wyzysk i wojnę, dr Helenie Wolff trwa i trwać będzie we wszystkich sercach kobiet polskich.

Dr ROMAN GOSIEWSKI
Nacz. Wydz Ośr. Zdr.
Ministerstwa Zdrowia

LECZNICTWO OTWARTE

NA lecznictwo otwarte składają się 2 podstawowe działy: pierwszy, to ochrona zdrowia, a więc instytucje zapobiegawcze, drugi, to restytucja zdrowia, czyli lecznictwo w ścisłym tego słowa znaczeniu. Przez sito tego drugiego działu przechodzą kandydaci do lecznictwa zamkniętego, których liczba nie przekracza na ogół 3—4% ogólnej liczby osób, korzystających z usług lecznictwa otwartego.

Jasne więc jest, że lecznictwo otwarte jest podstawowym czynnikiem w zakresie ochrony i restytucji zdrowia obywateli. Na ten dział pracy w służbie zdrowia zwrócono obecnie szczególną uwagę.

W lecznictwie otwartym występuje sektor organizacyjny: państwowy, samorządowy, społeczny i wreszcie prywatny.

Sektor państwowy ogranicza się w tej chwili do nielicznych przychodni na szczeblu wojewódzkim i wyższym.

Sektor prywatny — to gabinety lekarzy wolnopraktykujących. Jest rzeczą zrozumiałą, że wobec skoku w rozwoju społecznym, jakiegośmy ostatnio dokonali, gabinety te są rażącym anachronizmem. „Chałupniczy" charakter tej pracy, faktyczny brak jakiejkolwiek kontroli społecznej lub fachowej, aspołeczna forma organizacyjna, a przede wszystkim wzrastające nasilenie pracy pozostałych sektorów — to czynniki, które nieuchronnie doprowadzą do zaniku sektora prywatnego.

Podstawowym sektorem, na którym opiera się obecnie lecznictwo otwarte, jest SEKTOR SAMORZĄDOWO-SPOŁECZNY. W sektorze tym dominują dwa zasadnicze kierunki rozwojowe, a mianowicie: samorządowe zakłady lecznictwa otwartego oraz instytucje lecznictwa otwartego Ubezpieczeń Społecznych. Należy wspomnieć o instytucjach lecznictwa otwartego, prowadzonych przez organizacje społeczne, jak PCK, Ligę Kobiet itp., lecz wobec wąskiego zasięgu pracy tych instytucji nie odgrywają one poważniejszej roli w organizacji lecznictwa otwartego.

Charakter instytucji lecznictwa otwartego Ubezpieczeń Społecznych nosi w chwili obecnej niestety w olbrzymiej większości przypadków cechy wspomnianego wyżej „chałupniczego" warsztatu pracy lekarza wolnopraktykującego, ponieważ instytucja lekarza domowego nie różni się w zasadzie niczym od instytucji prywatnego gabinetu lekarskiego. Stan ten ulega stopniowej poprawie dzięki rozbudowie sieci ambulatoriów Ubezpieczalni Społecznej oraz wskutek przejmowania opieki nad ubezpieczonymi przez rozszerzającą się z każdym miesiącem sieć Ośrodków Zdrowia.

OŚRODEK ZDROWIA jest podstawową instytucją lecznictwa otwartego w sektorze samorządowym i posiada cechy predestynujące go do zastąpienia wszystkich instytucji lecznictwa otwartego o innej strukturze organizacyjnej. Te szczególne cechy omówimy pokrótce.

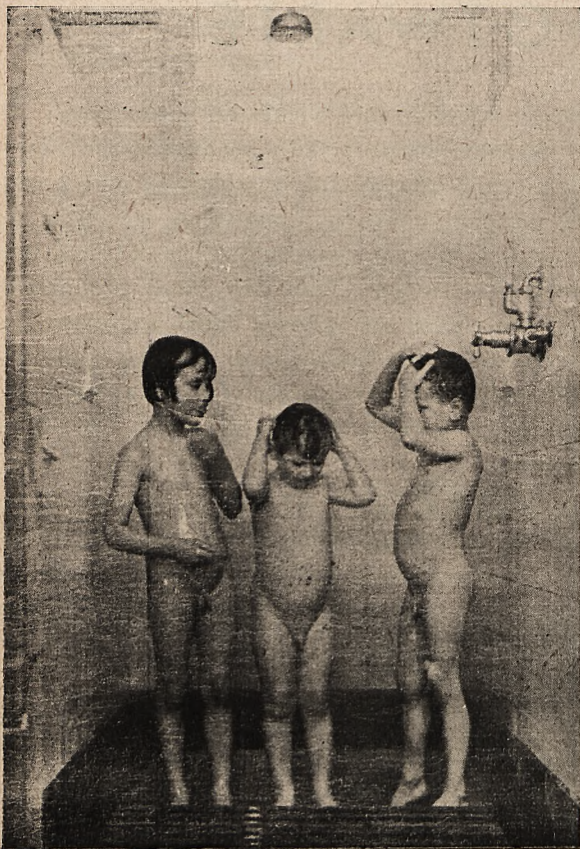
Przede wszystkim w Ośrodku Zdrowia w jednakowej mierze mają miejsce **lecznictwo i zapobieganie.** Rozdzielenie tych dwu działów opieki lekarskiej jest sztuczne i z naukowego punktu widzenia — nieracjonalne. Przedwojenne Ośrodki Zdrowia nastawione były wyłącznie na zapobieganie, a jednak pod naporem realnych warunków, mimo gwałtownych sprzeciwów świata lekarskiego (zagrożonego w swych dochodach) zmuszone były w ułamkowej bodaj formie lecznictwo prowadzić.

Z drugiej strony ambulatorium czy gabinet lekarza domowego Ubezpieczalni Społecznej zajmuje się wyłącznie lecznictwem. W Ośrodku Zdrowia mamy naturalne połączenie tych dwu działów opieki lekarskiej, a umożliwia to następna cecha szczególna Ośrodka Zdrowia, jaką jest **zespołowy i wielofachowy charakter pracy.** Nawet w najmniejszym Ośrodku Zdrowia lekarz pracuje z pomocą pielęgniarki, położnej i kontrolera sanitarnego, w oparciu o Ośrodki Zdrowia wyższego rzędu.

W Ośrodkach większych jest kilku, a nawet kilkunastu lekarzy o różnych specjalnościach, prowadzących różne działy Ośrodka, wzajemnie się w tej pracy konsultujących i uzupełniających, co, przy współdziałaniu zespołu pielęgniarskiego i administracyjnego, pozwala na maksymalne, wła-

ściwe wykorzystanie sił fachowych, obecnie tak bardzo w naszym kraju uszczuplonych.

Wymieniona zespołowość rozciąga się poza ramy jednej instytucji przez właściwe powiązanie



Wzorowo zorganizowany Ośrodek Zdrowia posiada własne kąpielisko, z którego korzysta przede wszystkim dziatwa szkolna pozostająca pod opieką Ośrodka, a pozbawiona domowej kąpieli.

Ośrodków Zdrowia z Ośrodkami wyższego rzędu i z innymi elementami służby zdrowia. Powiązania te dają pacjentowi możność dostania się najprostszą drogą do specjalistów, co zapewnia najlepsze postępowanie lecznicze. Z drugiej strony, powiązania te zapewniają **fachową konsultację i kontrolę instytucji niższego rzędu przez instytucję wyższego rzędu.**

Powiązanie Ośrodka Zdrowia z terenem pozwala na najbardziej słuszne i celowe podejście do przypadku chorobowego — polegające na ocenie przypadku w łączności i na tle środowiska pacjenta. To powiązanie realizowane jest przez personel Ośrodka Zdrowia drogą wywiadu pielęgniarsko-społecznego, którego podstawowym zadaniem jest właśnie poznanie środowiska pacjenta i jego warunków bytowania. Pozwala to w konsekwencji na wybór najwłaściwszej metody postępowania leczniczego i zapobiegawczego w stosunku do pacjenta i jego otoczenia. Odwiedziny domowe dają poza tym najlepszą **możliwość pracy oświatowej i propagandowej** w zakresie ochrony zdrowia.

Doceniając rolę wywiadu pielęgniarsko-społecznego, Ministerstwo Zdrowia zwróciło szczególniejszą uwagę na tę stronę działalności Ośrodków Zdrowia, co w efekcie dało liczbę 300.000 wywiadów, przeprowadzonych w roku 1947, wobec zupełnego niemal ich braku w latach 1945—46. Akcja ta w roku bieżącym przybrała znacznie szersze rozmiary.

Ośrodek Zdrowia jest instytucją dostępną dla **wszystkich.** Swiat pracy korzysta z jego usług bezpłatnie w godzinach specjalnie na ten cel przeznaczonych, na zasadzie umów, zawieranych przez Ubezpieczalnię Społeczną z właściwymi związkami samorządu terytorialnego, jako właścicielami Ośrodków Zdrowia. Bezpłatnie z usług Ośrodka korzystają podopieczni komitetów Opieki Społecznej. Bezpłatne są poza tym dla wszystkich bez wyjątku świadczenia lecznicze w chorobach społecznych i świadczenia zapobiegawcze.

Ponad 60% ludności Polski nie ma uprawnień do korzystania ze świadczeń leczniczych Ubezpieczeń Społecznych. Ośrodki Zdrowia, w których obowiązują niewysokie opłaty za świadczenia w lecznictwie ogólnym — są jedyną w tej chwili możliwością uzyskania porady lekarskiej dla tej kategorii ludności, gdyż tylko bardzo niewielki jej odsetek może sobie pozwolić na korzystanie z praktyki prywatnej.



Idziemy na prześwietlenie...

Podstawowym Ośrodkiem jest okręgowy Ośrodek Zdrowia, w którym czynne są zasadnicze poradnie. Przypadki chorobowe, które czy to

z braku specjalistów, czy z innych powodów nie mogą być załatwione w Ośrodku okręgowym kierowane są do Ośrodków obwodowych, gdzie mamy już specjalistów w różnych działach medycyny i gdzie chory może być obsłużony zgodnie z wszystkimi wymaganiami wiedzy lekarskiej. W stosunku do powiatu rolę taką pełni powiatowy Ośrodek Zdrowia, a w stosunku do starostwa grodzkiego (dzielnicy miasta) — grodzki Ośrodek Zdrowia. Ośrodki te są w pracy swej powiązane i oparte o szpital powiatowy, względnie miejski. W Ośrodkach tych odbywa się też doszkalanie personelu Ośrodków Zdrowia.

Liczba Ośrodków Zdrowia wynosiła w roku 1938 — 482. Jak już zaznaczono, w Ośrodkach przedwojennych w małym tylko stopniu prowadzone było lecznictwo — nastawione one były wyłącznie na działalność zapobiegawczą. Wojna zdewastowała Ośrodki Zdrowia. Na Ziemiach Odzyskanych nie było ich w ogóle. Wspólnym wysiłkiem Państwa i samorządu zdołano nie tylko restytuować dawne Ośrodki Zdrowia, wprowadzając do nich w szerokim zakresie lecznictwo ogólne, lecz również zorganizowano ponad 600 nowych Ośrodków — tak, że w chwili obecnej ogólna ich liczba sięga 1.100, z czego 260 znajduje się na Ziemiach Odzyskanych. W roku 1948 Ośrodki Zdrowia udzieliły ponad 7 milionów porad. Objęły swą opieką 30% dziatwy szkolnej. Na Ośrodkach Zdrowia oparta została akcja „W", mająca na celu zdławienie rozszerzającego się zakażenia kiłowego. Przez Ośrodki Zdrowia wyławia się przypadki gruźlicy, które są kierowane do leczenia sanatoryjnego. Dzięki Ośrodkom Zdrowia śmiertelność niemowląt spadła z 34% w roku 1945 do 10% w roku 1947 i spada w dalszym ciągu.

Już z tego pobieżnego przeglądu, wynika jasno, że słuszna była linia polityczna Ministerstwa Zdrowia w odniesieniu do organizacji lecznictwa otwartego.

W planie 6-letnim przewidziany jest rozwój Ośrodków Zdrowia do liczby 3.000, co pozwoli na znaczne podniesienie podstawowych świadczeń lecznictwa otwartego w zakresie ochrony i restytucji zdrowia dla całej ludności Państwa.

Roman Gosiewski

HANNA CHRZANOWSKA
Wicedyrektorka Szk. Pielęgn. Położn.
w Krakowie

PIELĘGNIARSTWO PRZYSZPITALNE

PIELĘGNIARSTWO przyszpitalne jest gałęzią pracy w Polsce mało jeszcze rozwiniętą. Bodaj tylko w Warszawie istnieje rzeczywiście od szeregu lat w kilku szpitalach miejskich, gdzie daje niezmiernie dodatnie wyniki. Zastosowane tu i ówdzie, zależnie od tej czy innej inicjatywy, dopiero obecnie ma uzyskać należne sobie miejsce, gdyż Ministerstwo Zdrowia zamierza je wprowadzać do całego szeregu szpitali, w pierwszym etapie kładąc nacisk na pracę pozaszpitalną. Zamierzenie to stwarza konieczność objaśnienia ogółu pielęgniarek o istocie tego działu pielęgniarstwa społecznego.

PRZEDE wszystkim należy zdać sobie sprawę z tego, co to jest pielęgniarstwo przyszpitalne, jaki ma objąć zasięg, co pielęgniarka powinna, a czego nie powinna czynić. Że takie dokładne określenie jest konieczne, świadczą dwa przykłady ze szczupłych doświadczeń lat ostatnich. W pewnym szpitalu rozpoczęto tę pracę przez zrzucenie na pielęgniarkę obowiązku rewindykacji kosztów leczenia — rezultat był taki, że pielęgniarka, z której zrobiono zwykłą urzędniczkę, nie mogąc znaleźć czasu na swe właściwe obowiązki — odeszła — i placówka, w zarodku zduszona, upadła. Gdzie indziej, przy omawianiu przyszłych obowiązków pielęgniarki przyszpitalnej zapytano ją, co zrobi, jeśli wszystkie ubogie pacjentki zażądają od niej odzieży, a ona przecież dostarczyć jej nie zdoła.

Otóż pielęgniarka przyszpitalna nie jest ani urzędniczką, chociaż ma wiele do czynienia ze sprawami urzędowymi, ani pracownikiem charytatywnym, chociaż dbać musi o zaspokajanie najróżniejszych materialnych potrzeb chorych.

Jakież są więc jej zadania?

Podczas pobytu chorego w szpitalu, dopełnia to, czego pod względem społecznym nie dostaje on w opiece lekarsko-pielęgniarskiej. Po jego wypisaniu zaś przedłuża wpływ szpitala na chorego.

Zagadnienie to należy omówić bliżej.

Personel szpitala, zadomowiony w nim, obyty z jego warunkami nie zdaje sobie sprawy z tego, że na psychikę chorego szpital działa najczęściej przygnębiająco *). Nie chodzi tu tylko o uraz wynikający z samej zmiany otoczenia, z anormalnej atmosfery, jaką jest atmosfera choroby i to choroby masowej, czasem gorszych (czasem trochę lepszych) warunków bytowania, gdzie razi chorego hałas, tłok, zaduch, braki w diecie, braki w samej pielęgnacji, z powodu najczęściej zbyt szczupłego personelu (wyjątek pod tym względem stanowią oddziały szkolne). Przede wszystkim chodzi o to, że zamknięcie się za chorym drzwi szpitalnych bynajmniej nie oznacza odcięcia go od świata zewnętrznego, który wdziera się za chorym w postaci trosk o rodzinę, a nade wszystko — o przyszłość. U chroników dochodzi tu jeszcze męcząca bezczynność, rzadko tylko zwalczana — słabo u nas rozwiniętą — terapią pracy. Pogorszenie stanu psychicznego nie może się nie odbić na stanie zdrowia i przebiegu leczenia.

To jeden wzgląd powołujący do życia pielęgniarstwo przyszpitalne.

Drugi wzgląd, to troska o przyszłość chorego. Zbyt rzadko personel szpitalny widzi w pacjencie pełnego człowieka, który ze społeczeństwa wyszedł i do społeczeństwa wróci, zbyt rzadko też zdaje sobie sprawę ze wszystkich swych obowiązków. Obowiązki te, to nie tylko leczenie takiego czy innego „przypadku", lecz także przywracanie społeczeństwu jednostki, która powinna po nieproduktywnym okresie choroby powrócić do normalnego życia, jako jednostka pełnowartościowa, albo przynajmniej użyteczna w maksymalnych granicach możliwości. Jeśli chodzi o dziecko — należy je traktować również pod tym kątem widzenia, mając oczywiście na względzie jego przyszłość. Jeśli zaś chodzi o osobnika zupełnie zniedołężniałego, również nie wolno przekreślić faktu, że i ten do społeczeństwa należy i że trzeba mu obmyślić najkorzystniejsze warunki bytu, z punktu widzenia samego chorego i z punktu widzenia dobra społeczeństwa właśnie. Z tego wszystkiego płynie wniosek, że w dotychczasowej służbie szpitalnej istnieje luka. Tę lukę ma wypełnić pielęgniarka przyszpitalna.

*) Dr Witold Chodźko: Służba społeczna w szpitalach („Pielęgniarka Polska" nr 12 r. 1938).

W SZPITALU

Przejdźmy do opieki nad chorym podczas jego pobytu w szpitalu.

Zacytuję przykład z działalności placówki szkoleniowej Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie.

Chora C. lat 29 przebywała na oddziale z rozpoznaniem „empyema pleurae". 3 października pielęgniarka oddziałowa zaalarmowała pielęgniarkę przyszpitalną, że pacjentka z powodu warunków rodzinnych nie może, wbrew stanowczej opinii lekarzy, leczyć się dłużej. Pielęgniarka przyszpitalna tegoż dnia dowiedziała się od chorej, że powodem jej decyzji są dzieci, pozostawione w domu bez opieki, mąż jej ma zajęcie poza Krakowem i tej opieki dać im nie może. Nazajutrz pielęgniarka przyszpitalna udaje się do domu C. Zastaje dwóch chłopców 11 i 9-cioletniego pod opieką jedenastoletniej siostry, która trochę gotuje, ale niebardzo ma z czego, bo w domu nie ma zapasów. Sąsiadka zajmuje się dziećmi tylko dorywczo, do szkoły nie chodzą, w domu brud i nieład. Pielęgniarka powtórnie rozmawia z matką, która jest uszczęśliwiona, że ktoś zainteresował się jej dziećmi. Ustalają razem plan działania. Już 5 października pielęgniarka uzyskuje z Kuratorium skierowania dla dzieci do pogotowia opiekuńczego, 6 października — sama je tam odwozi. Wkrótce dzieci przechodzą z pogotowia do innych zakładów, najmłodsze, jak się okazało, zagrożone gruźlicą — do prewentorium. Ich matka może się spokojnie leczyć. Pielęgniarka odwiedza chorą nadal, czuwa nad nią po jej powrocie do domu i pozostaje w kontakcie z poradnią przeciwgruźliczą; opiekę kończy dopiero wtedy, gdy zdobywa pewność, że pacjentka pojedzie do sanatorium.

Przykład ten zawiera w sobie istotę rzeczy: opieka przyszpitalna zapewniła pacjentce nie tylko spokój psychiczny, ale wręcz uwarunkowała możliwość leczenia.

Nie zawsze potrzeby chorych będą tak jaskrawe, jak w tym klasycznym wypadku. Ale rzeczy pozornie błahe w odczuciu pacjenta urastają do spraw wagi zasadniczej. Pełna takich spraw jest

codzienna praca przyszpitalna: załatwianie korespondencji, nadawanie pieniędzy, odbieranie zasiłku czy emerytury, odwiedzanie niemowlęcia, pozostawionego w domu i kierowanie jego pielęgnacją, opieka nad starcami, osamotnionymi wskutek choroby bliskich i dalsze niekończące się momenty, dające pacjentom spokój psychiczny.

W wielu wypadkach należy zadbać też o zaspokojenie potrzeb materialnych. Zdarza się, że pacjent, który przybył do szpitala w letniej odzieży, wypisany jest w zimie, nie może więc opuścić szpitala po prostu dlatego, że nie ma w czym. Nie wszystkie matki, opuszczające oddziały położnicze, mają w co zawinąć niemowlęta. Są pacjenci, których nie stać na bilet kolejowy w powrotnej drodze. Pielęgniarka przyszpitalna musi znać wszelkie instytucje, które w tym wypadku mogą przyjść z pomocą, musi orientować się doskonale, jakie komu przysługują uprawnienia, aby trafić do odpowiedniego źródła pomocy.

POZA SZPITALEM

Zawczasu trzeba pomyśleć o przyszłości pacjenta. To jedno z najważniejszych zadań. Trzeba dla dziecka pozamałżeńskiego i jego matki wystarać się o miejsce w Domu Matki i Dziecka, objaśnić ją o obowiązkach ojca, o prawach dziecka; dziecko porzucone trzeba umieścić w Domu Dziecka czy w rodzinie zastępczej; gruźlikowi zapewnić dalsze leczenie w sanatorium; niewidomemu w zakładzie...

O przyszłość chorego pielęgniarka przyszpitalna dbać musi nie tylko w wypadkach, kiedy stan zdrowia, czy warunki społeczne wymagają umieszczenia go poza domem. Chodzi i o tych, którzy mają wrócić do warunków domowych. Otóż opinia pielęgniarki przyszpitalnej powinna być brana pod uwagę w pewnych wypadkach przy wypisywaniu pacjentów. Zazwyczaj przy wypisywaniu nie bierze się pod uwagę warunków domowych, czy i w jakim stopniu sprzyjają one rekonwalescencji lub dalszemu leczeniu. Zdarza się wypisywanie zbyt wczesne i odwrotnie — zbyt późne, a więc niepotrzebne przetrzymywanie chorego.

Dochodzimy do momentu niezmiernie ważnego. Działalność placówki pielęgniarstwa przyszpitalnego obok korzystnego wpływu na przebieg leczenia i przyszłość chorego, ma również decydujące znaczenie ekonomiczne, pozwala bowiem na racjonalną gospodarkę łóżkami szpitalnymi, gdyż skracając czas pobytu chorego na oddziale zwiększa przelotność szpitala, oraz zmniejsza koszty, ponoszone na leczenie. Nie potrzeba podkreślać, jakie to cenne w naszych warunkach.

W związku z tym przechodzimy do drugiej części zadań pielęgniarki przyszpitalnej: do jej działalności pozaszpitalnej.



Chora matka może być spokojna, dzieckiem opiekuje się pielęgniarka przyszpitalna.

Wielu pacjentów wypisanych, jako wyleczeni, wymaga dalszej opieki, aby nie popaść powtórnie w chorobę. Cały szereg pacjentów wypisanych jako podleczeni wymaga dalszego pielęgnowania. Do jednej i drugiej grupy należą pacjenci wszelkich oddziałów, ale przede wszystkim niemowlęta i dzieci, dalej chronicy, chorzy po operacji, wymagający masaży, opatrunków itd., itd. Wzięcie tych pacjentów pod opiekę zaradzi niejednej recydywie, utrwali wysiłek szpitala, pomoże rekonwalescentom wejść w życie, chronikom zapewni dalszą pielęgnację.

Pielęgniarki przyszpitalne nie mogą jednak podołać tylu zadaniom. Pielęgniarka przyszpitalna jest tylko jednym ogniwem w łańcuchu służby zdrowia i sama bez oparcia o szereg instytucji nic zdziałać nie zdoła, nawet gdyby w jednym szpitalu pracowała nie jedna, ale cały zespół pielęgniarek przyszpitalnych.

Dla realizacji swego programu, pielęgniarka przyszpitalna musi mieć mocne oparcie o Ośrodki Zdrowia, takie oczywiście, które mają dobrze zorganizowaną pracę pielęgniarską w terenie, ogólną przychodnię z dobrze funkcjonującym działem pielęgniarstwa domowego. Bez takiego oparcia praca pozaszpitalna nie wróży spełnienia pokładanych w niej nadziei, albo też ograniczy się tylko do poszczególnych, nielicznych wypadków.

KILKA SZCZEGÓŁÓW ORGANIZACYJNYCH

Pielęgniarka przyszpitalna musi mieć do dyspozycji pokój, w którym prowadzi swoją — zresztą bardzo mało skomplikowaną — kancelarię: kartotekę, korespondencję, zapiski i w którym, o oznaczonej godzinie, mogą ją zastać wszyscy interesanci: lekarz, pielęgniarka szpitalna, chory, jego rodzina.

Jak wszędzie, tak i tu konieczne jest rozplanowanie pracy. Plan obejmie godziny kancelaryjne (dla stron i na pracę biurową), czas jak najkrótszy, ale przestrzegany z wielką punktualnością. Dalej — godziny przeznaczone na obchody sal i — najwięcej godzin — na pracę w terenie. Inaczej będą wyglądały te godziny w wielkim mieście, inaczej na prowincji, gdzie w ogóle praca musi być odmienna wobec tego, że większość pacjentów stanowić będą zamiejscowi i gdzie więcej czasu poświęcić trzeba będzie korespondencji.

Ilość pielęgniarek przyszpitalnych — rzecz prosta — zależna będzie od wielkości i rodzaju szpitala, trudno określić liczbę, musimy czekać na bogatsze, niż dotąd doświadczenia. W każdym razie pamiętać należy, że raporty miesięczne sporządzane na podstawie dziennika zajęć, posłużą za materiał dowodowy na to, że dana placówka powinna być rozszerzona o większą liczbę pielęgniarek.

Sprawozdania, które posłużą również do dalszego planowania pracy nie mogą być tylko cyfrowe, ale także opisowe, referujące krótko najważniejsze sprawy załatwione i do załatwienia. Na te opisy należy kłaść specjalny nacisk, gdyż żadne rubryki nie obejmują istoty pielęgniarstwa przyszpitalnego.

Rzecz prosta, że dla osiągnięcia należytych wyników pracy pielęgniarka przyszpitalna musi wejść w ścisłe porozumienie zarówno z personelem lekarskim, jak pielęgniarskim. Pielęgniarka daje personelowi szpitalnemu możność ujrzenia pacjenta na tle jego środowiska. Toteż lekarz przekazuje jej zazwyczaj tych chorych, u których zebranie wywiadu społecznego, dokonane nie schematycznie — w szpitalu, ale w domu (w wypadkach zamiejscowych drogą korespondencji) jest ważne zarówno dla ustalenia tła choroby, jak i prognozy. Pielęgniarka szpitalna na podstawie znajomości chorych, przekazuje jej wszelkie sprawy do załatwienia podczas pobytu chorych w szpitalu. Oboje, lekarz i pielęgniarka szpitalna przekazują pielęgniarce przyszpitalnej pacjentów do dalszej, pozaszpitalnej opieki.

Nie trzeba udowadniać, że tak pojęte obowiązki może pełnić tylko ta pielęgniarka, która ma za sobą doświadczenie z pracy oddziałowej i społecznej. Poza zwykłym doświadczeniem, jakie daje szkoła musi być ponadto dokształcona specjalnie (zwłaszcza w ustawodawstwie społecznym) i stale trzymać rękę na szybko dziś bijącym pulsie rozwoju służby zdrowia.

Hanna Chrzanowska



Szpital Dziecięcy im. Karola i Marii w Warszawie.

NONNA ŁYŻWAŃSKA
Pielęgniarka - Inspektorka
Wydz. Ośr. Zdr. Min. Zdr.

PIELĘGNIARSTWO SPOŁECZNE

PIELĘGNIARSTWO Społeczne w dobie obecnej, ze względu na charakter swej pracy, sięgającej głęboko w teren, wymaga od jej wykonawczyń zrozumienia przemian społecznych, które nastąpiły w Polsce i w powstającej społecznej służbie zdrowia. Pielęgniarka społeczna musi posiadać mocny kościec ideologiczny, musi umieć pracować w środowiskach robotniczych i chłopskich. Nastawienie ideologiczne powinno być oparte na odpowiednim przygotowaniu naukowym i doświadczeniu życiowym. Rozwój opieki zdrowotnej idzie wyraźnie w kierunku objęcia swymi wpływami jak najszerszych mas pracujących i danie im jak najlepszej jakości świadczeń.

Przy rozbudowie i ujednoliceniu świadczeń zarówno leczniczych jak i zapobiegawczych, w zakresie opieki zdrowotnej otwartej, powstaje zagadnienie roli pielęgniarki społecznej w tej opiece. Pielęgniarstwo społeczne w dobie obecnej jest to dział pracy pielęgniarskiej, obejmującej zagadnienie opieki zdrowotnej nad jednostką na tle jej środowiska, a środowiskiem jest rodzina i otoczenie jednostki oraz miejsce jej pracy.

Zadania pielęgniarstwa społecznego można określić w następujących punktach:

1) ochrona jednostki przed zachorowaniem,
2) opieka nad jednostką, nie przebywającą w zakładzie leczniczym, w czasie choroby,
3) pouczenie i ochrona środowiska, w którym chory przebywa, przed możliwościami zakażenia i skutkami choroby,
4) prace wychowawczo-propagandowe w zakresie higieny, dążące do zachowania zdrowia i tężyzny fizycznej całego społeczeństwa.

Pielęgniarka społeczna jest łącznikiem między lekarzem a pacjentem i jego otoczeniem. Celem pracy i czołowym zadaniem pielęgniarki jest wciągnięcie całego środowiska (otoczenia) chorego do współdziałania z placówkami lecznictwa otwartego.

Praca pielęgniarki społecznej opiera się na następujących podstawach:

1) przygotowanie fachowe, na które składa się szkoła pielęgniarstwa lub długoletnia praktyka,
2) uprawnienie, na które składa się egzamin państwowy i prawo praktyki (odpowiedzialność prawna za swe postępowanie fachowe),
3) postawa etyczna — dokładność, sumienność z zachowaniem tajemnicy zawodowej, punktualność, prawdomówność oraz dążenie do pogłębiania i aktualizacji wiedzy fachowej.

Wywiad w terenie

Podstawowym elementem pracy pielęgniarstwa społecznego, we wszystkich działach jest wywiad pielęgniarsko-społeczny prowadzony drogą odwiedzin domowych. Zależnie od właściwego nastawienia psychicznego i umiejętności fachowych, pielęgniarka będzie mogła wytworzyć odpowiedni klimat dla swojej pracy. Odwiedziny domowe stwarzają płaszczyznę wzajemnego oddziaływania i zrozumienia między pacjentem a pielęgniarką, która reprezentuje placówkę lecznictwa otwartego w terenie.

Odwiedziny domowe są dwojakiego rodzaju:

1) odwiedziny domowe propagandowe i pouczające w wypadku, gdy środowisko nie potrafi korzystać z usług placówek lecznictwa otwartego,
2) odwiedziny domowe zlecone i kontrolne, w wypadku, gdy środowisko jest już wciągnięte do prac tych placówek.

Wywiad i odwiedziny domowe łączą się z wykonywaniem zleceń lekarskich lub pielęgniarską kontrolą wykonywania tych zleceń przez pacjenta. Obydwie te odmiany wywiadów mogą być w terenie łączone. Wskazane jest również połączenie czynności pielęgniarskich na terenie domu z jednoczesnym wywiadem

społecznym i pouczaniem propagandowo - wychowawczym z zakresu higieny.

Ze względu na potrzebę wytworzenia wzajemnego zaufania powinna pielęgniarka wykonywać odwiedziny domowe w stałych, określonych rejonach.

Planowanie odwiedzin

Teren pracy placówki lecznictwa otwartego winien być podzielony na rejony odpowiadające liczbie pielęgniarek zatrudnionych na tej placówce. Każda z pielęgniarek opracowuje wszystkie zagadnienia na swoim terenie (pewna ilość ulic lub domostw pozostających pod jej opieką). Praca terenowa pielęgniarki opiera się na danych z kartoteki centralnej środowiskowej, w którejześrodkowują się wszystkie zagadnienia danego środowiska i danego osobnika pod jednym numerem i w jednej teczce. Rejestracja centralna daje duży materiał do przygotowania i rozplanowania odwiedzin domowych.

Praca pielęgniarki w terenie nie może być przypadkowa, nieprzemyślana, ponieważ odbija się to szkodliwie nie tylko na samej pracy w zakresie zapobiegania, ale często może mieć ujemny wpływ na frekwencję w Ośrodku Zdrowia i stosunek ludności do placówek lecznictwa otwartego w ogóle.

Wykonując odwiedziny domowe pielęgniarka społeczna dąży do załatwiania wszystkich spraw dotyczących opieki zdrowotnej powstających w danym środowisku. Przeprowadzanie wywiadów społecznych i odwiedzin domowych przez kilka pielęgniarek specjalizujących się w różnych zagadnieniach, w tym samym środowisku nie daje pomyślnych rezultatów a często jest wręcz szkodliwe. W celu ściślejszego powiązania prac pielęgniarki społecznej z pracami Ośrodków Zdrowia oraz w celu ułatwienia jej drogi do środowiska opieszale korzystającego ze świadczeń placówek lecznictwa otwartego, przeprowadza się masowe uświadamianie społeczeństwa w zagadnieniach ochrony zdrowia, drogą kursów dla przodowników zdrowia. Przodownicy zdrowia, których działalność jest ściśle podporządkowana i kontrolowana przez odnośne Ośrodki Zdrowia, są pierwszymi ogniwami sieci służby zdrowia w terenie.

Pielęgniarstwo domowe i praca z lekarzem

Następnym elementem pracy pielęgniarki społecznej przy rozbudowie i ujednoliceniu opieki zdrowotnej otwartej, elementem ściśle związanym z wywiadem społecznym, jest pielęgniarstwo domowe. Pod pielęgniarstwem domowym należy rozumieć: maksymalne zaspokojenie potrzeb chorego w warunkach domowych oraz najlepsze w tych warunkach wykonanie zleceń lekarskich. Potrzeby pielęgniarstwa domowego nie można motywować wyłącznie brakiem łóżek szpitalnych. W tym zagadnieniu powinno się uwzględniać raczej potrzebę celowego roztaczania opieki nad chorym w wypadkach, kiedy korzystanie z opieki zakładu leczniczego nie jest wskazane. Pielęgniarstwo domowe nie może być w żadnym wypadku traktowane jako surogat szpitala, ani jako namiastka opieki wyłącznie dla chorych ubogich.

Ze względów ekonomicznych daje pielęgniarstwo domowe pewne korzyści przy odciążaniu szpitali od osób niepotrzebujących stałej opieki szpitalnej, np.: chorych na cukrzycę, padaczkę, schorzenia i wady organiczne, reumatyzm przewlekły, rak itp. Są to grupy pacjentów, którzy powinni korzystać z usług pielęgniarstwa domowego. Do tych grup należy zaliczyć także rekonwalescentów opuszczających szpital.

Nie wszystkie placówki lecznictwa otwartego w chwili obecnej mogą wprowadzać na swoich terenach pielęgniarstwo domowe ze względu na szczupłość personelu pielęgniarskiego oraz niedostateczne przygotowanie pielęgniarek do tego rodzaju pracy.

W pierwszym etapie powinno się wysunąć Ośrodki Zdrowia, gdzie wydajność pracy jest na najlepszym poziomie, a potrzeby terenu domagają się wprowadzenia pielęgniarstwa domowego. Prace pielęgniarek domowych winny być jednoczesne z wywiadem społecznym, szczególnie przy pierwszorazowych odwiedzinach danego środowiska. Zakres tych prac jest tak absorbujący (np. zabiegi wymagające kilkurazowego odwiedzania chorego dziennie), że dla racjonalnego wykonania ich zasadniczy personel pielęgniarski danej placówki lecznictwa otwartego powinien być potrojony, tak np.: w Ośrodku Zdrowia okręgowym, obejmującym swymi pracami 5.000 ludności, przewidziana jest jedna pielęgniarka i jedna położna, przy

wprowadzeniu na tej placówce pielęgniarstwa domowego — liczba pielęgniarek powinna być zwiększona do trzech.

Niemniej ważną, choć mniej samodzielną pracą, niż obie wyżej omawiane jest praca wykonywana przez pielęgniarkę w bezpośredniej łączności i zależności od lekarza. Jest to pomoc lekarzowi i wykonywanie jego zleceń na miejscu oraz wykonywanie zleceń lekarza w czasie pracy terenowej.

* * *

Warunki pracy pielęgniarki społecznej wymagają dużego zasobu wiedzy, szybkiej orientacji i odpowiedniego nastawienia ideowo-społecznego.

Przy roztaczaniu opieki zdrowotnej otwartej zagadnienie pielęgniarstwa społecznego należy rozpatrywać w następujących działach:

1) placówki lecznictwa otwartego, a przede wszystkim Ośrodki Zdrowia;
2) higiena szkolna;
3) pielęgniarstwo w przemyśle;
4) pielęgniarstwo przyszpitalne i przyzakładowe.

Wszystkie elementy pracy pielęgniarki społecznej powtarzają się w każdym z podanych wyżej działów; w nowoczesnym ujęciu opieki zdrowotnej otwartej jest nie do pomyślenia wyłączenie chociażby jednego z tych elementów z całości prac pielęgniarskich. Liczne powiązanie pracy pielęgniarstwa społecznego z zagadnieniami gospodarczo-społecznymi, powstające przez utrzymanie stałego kontaktu z chorym i jego środowiskiem oraz przez działalność wychowawczo-propagandową, wskazuje na doniosłą rolę pielęgniarki społecznej w strukturze społecznej służby zdrowia.

Nonna Łyżwańska

Dr IZABELLA BIELICKA
Starszy asystent
I-ej Kliniki Dziecięcej U. W.

WCZEŚNIAKI

Mianem wcześniaka określa się każde dziecko urodzone z wagą poniżej 2.500 g. Jest to pojęcie kliniczne, obejmujące zarówno dzieci urodzone przed terminem (niedonoszone) jak i dzieci donoszone, ale fizjologicznie niedojrzałe do życia pozamacicznego. Poza małą wagą i wzrostem, ustrój wcześniaków wykazuje cały szereg osobliwości, które zmniejszają ich możliwości życiowe.

Wcześniactwo stanowi jedną z głównych przyczyn wysokiej śmiertelności wśród noworodków. 50% zgonów wśród dzieci w pierwszym roku życia przypada na wcześniaki.

Jeszcze do niedawna świat lekarski odnotowywał biernie wysokie liczby zgonów wśród dzieci przedwcześnie urodzonych, uważając, że olbrzymia ich większość jest niezdolna do życia i, że ponadto walka o życie wcześniaków jest niecelowa, albowiem stanowią one element fizycznie i psychicznie niepełnowartościowy. Postęp medycyny ostatniego dziesięciolecia wykazał całkowitą niesłuszność i społeczną szkodliwość wyżej wspomnianych poglądów.

Nauka współczesna stoi na stanowisku, że przez stworzenie odpowiednich warunków porodu i pielęgnacji w pierwszych miesiącach życia można wybitnie obniżyć śmiertelność wśród wcześniaków, zachowując w ten sposób dla społeczeństwa setki tysięcy fizycznie i umysłowo pełnowartościowych obywateli.

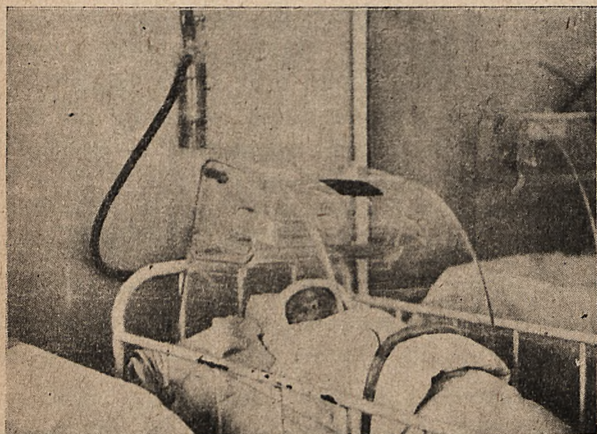
W Polsce przychodzi na świat rocznie około 42 tysięcy wcześniaków — olbrzymia większość tych dzieci ginie. Przy życiu pozostaje zaledwie około 8 tysięcy wcześniaków. Statystyki klinik uniwersyteckich i szpitali dziecięcych są równie tragiczne. Do czasu stworzenia specjalnych oddziałów śmiertelność wcześniaków, przebywających na salach niemowlęcych, wahała się od 60% do 90%. Główną przyczyną śmierci były infekcje wewnątrzszpitalne.

W 28-ym tygodniu ciąży ustrój płodu jest już zasadniczo wykształcony i zdolny do życia. Ostatnie miesiące ciąży są przeznaczone na to, aby ostatecznie usprawnić czynność młodego ustroju, zaopatrzyć go w zapas witamin i soli mineralnych na pierwszy okres życia pozamacicznego, uzbroić w ciała odpornościowe do walki z infekcją, otoczyć ciepłą warstwą tkanki tłuszczowej, która broni przed oziębieniem

i urazem. Tak przygotowany do życia noworodek znosi naogół pomyślnie wstrząs porodowy i głośnym krzykiem ogłasza otoczeniu swoją żywotność.

Wcześniak natomiast, aczkolwiek ma wykształcone główne narządy konieczne do życia, nie może się jednak rozwijać w zwykłych warunkach domowych, czy szpitalnych i wymaga specjalnego dla siebie otoczenia.

Ustrój wcześniaka wykazuje w stosunku do ustroju dziecka donoszonego szereg upośledzeń, a mianowicie:



Wcześniak z wagą poniżej 1500 g nie potrafi oddychać zwykłym powietrzem atmosferycznym, dlatego więc przebywa pod namiotem tlenowym (zawartość tlenu 40%).

1) regulacja ciepła wcześniaka jest niedostateczna; wcześniak z łatwością ulega przegrzaniu i oziębieniu i dlatego wymaga specjalnej temperatury pokoju, obłożenia termoforami itp.;
2) wcześniak ulega łatwo infekcji, a naskutek braku ciał odpornościowych każde najmniejsze zakażenie może mieć przebieg fatalny;
3) naczynia krwionośne i tkanki wcześniaka są bardzo kruche, z łatwością dochodzi do krwawień i nieodwracalnych uszkodzeń narządów wewnętrznych;
4) na skutek niedostatecznego wykształcenia narządu oddechowego i odpowiednich ośrodków oddechowych, wcześniaka cechuje skłonność do rozległej niedodmy płuc, do napadów zapaści i bezdechu, a stąd wynikają wskazania do stosowania tlenu i środków pobudzających oddychanie.



Marian P. jest już silniejszy. Waży 1800 g, dojrzał dostatecznie do tego, by oddychać powietrzem. Marznie jednak łatwo. Czepek, kołderki i termofory pomagają utrzymać odpowiednią temperaturę ciała.

Aby dziecko niedonoszone mogło rozwijać się pomyślnie muszą być spełnione następujące warunki: odpowiednio wysoka temperatura otoczenia, dostateczny stopień wilgotności, jak najbardziej jałowe postępowanie, zbliżone do postępowania na sali operacyjnej, dostateczny dowóz tlenu, odpowiednio ostrożne i celowe odżywianie, stała gotowość do natychmiastowej interwencji w razie nagłego bezdechu i zapaści.

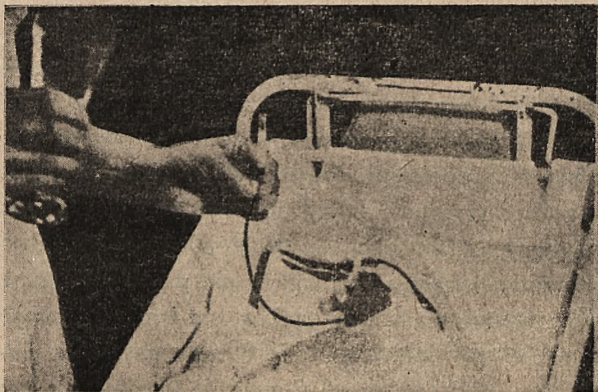


Ważę 2100 g, oddycham dobrze. Mogę sobie pozwolić na zdjęcie czepka i oswobodzenie rączek.

Od pielęgniarki na sali wcześniaków oczekuje się bardzo wiele. Pielęgnacja wymaga tu wielkiej precyzji, ostrożności i opanowania techniki złożonych zabiegów. Uwaga pielęgniarki musi być stale napięta, w każdej chwili bowiem mogą wystąpić objawy zapaści, wymagające natychmiastowej interwencji. Lekarz przebywa na sali stosunkowo krótko, a obserwacje jego wzbogacone spostrzeżeniami uważnej, spostrzegawczej i inteligentnej pielęgniarki, dają dopiero całkowity obraz stanu dziecka. Dalej, ponieważ ustrój wcześniaka w pierwszym okresie życia wykazuje dużą chwiejność — pielęgniarka musi być samodzielna w ocenie za-

chowania się dziecka; do jej obowiązków należy na przykład zmniejszenie porcji jedzenia w razie wystąpienia objawów nietolerancji, umieszczenie pod namiotem tlenowym, zastosowanie karmienia przez zgłębnik, podanie środków pobudzających, wykonanie sztucznego oddychania w wypadkach nagłych itp.

Czujność pielęgniarki na sali wcześniaków nie słabnie ani na chwilę, zdaje sobie bowiem sprawę z faktu, że głównie w jej rękach spoczywa los niedonoszonego dziecka.



Karmienie przez zgłębnik

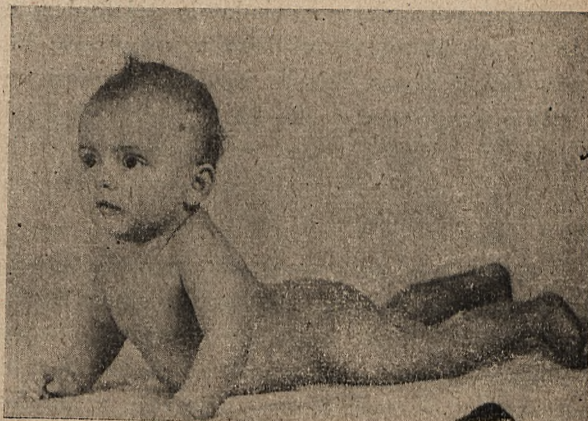
Oddział wcześniaków przy I Klinice Dziecięcej U. W. rozpoczął swoją pracę w lutym 1948 roku. Wyposażenie tego oddziału, a ściśle mówiąc sali wcześniaków na 6 łóżeczek, jest bardzo skromne. Zadaniem oddziału jest po pierwsze udzielanie odpowiedniej opieki lekarskiej tym wcześniakom, które jej najbardziej potrzebują, a po drugie dydaktyczny cel pionierskiej placówki pedagogicznej w dziedzinie opieki nad wcześniakami. Należy przytem podkreślić, że organizacja i utrzymanie tego oddziału nie było rzeczą łatwą. Wyłoniła się m. in. kwestia wyszkolenia personelu pielęgniarskiego. Koszty utrzymania oddziału są wysokie (tlen, naświetlanie pomieszczenia lampą kwarcową itd.).

Dzięki wspólnemu wysiłkowi całego zespołu pracowników, trudności te zostały pokonane, praca na oddziale usprawniła się, wyniki lecznicze polepszają się. Za okres 11 miesięcy od lutego 1948 r. do stycznia 1949 r., przeszło przez nasz oddział 59 wcześniaków, z tej liczby 44 wypisano do domu ze stanem ogólnym dobrym, całkowicie dojrzałe do życia w warunkach domowych. Reszty uratować się nie udało. Większość tych dzieci nadal utrzymuje łączność z oddziałem i rozwija się prawidłowo. Należy zaznaczyć, że od początku istnienia oddziału nie notowano ani jednego przypadku zakażenia wewnątrzszpitalnego.

Urządzenia, konieczne dla sali wcześniaków, są improwizowane i niewystarczające. Pomyślne wyniki pielęgnacji są głównie zasługą entuzjastycznej, zgodnej pracy zespołowej. Obiektywnie, warunki pracy pielęgniarek są ciężkie. Przebywanie w ciągu 8-miu godzin w temperaturze 25 stopni Celsjusza i dużej wilgotności w 2 fartuchach jest bardzo męczące.

Pomimo wielkich wymagań stawianych pielęgniarkom, pomimo niezwykle trudnej i odpowiedzialnej pracy, zespół pielęgniarski wykazuje od początku istnienia oddziału niegasnący zapał w wykonywaniu swoich obowiązków i coraz lepiej opanowuje technikę stosowanych zabiegów.

Świadomość społecznego znaczenia dokonywanej pracy, codzienna radosna obserwacja, jak z nieudolnej, pomarszczonej poczwarki rozwija się powoli śliczne, całkowicie zdolne do życia niemowlę — jest nieustającą zachętą do coraz większych wysiłków i nagrodą za włożony trud.





Marysia W. urodzona 7 lutego 1948 r. pierwsza pacjentka oddziału wcześniaków I Kliniki Dziecięcej U. W. Waga przy urodzeniu 1230 g. Mając 11 miesięcy (na zdjęciu) była doskonale rozwinięta. Ważyła 9 kg, miała 2 zęby, siedziała, stała, raczkowała, wymawiała „ta-ta"... „mama"... Poza nieznacznymi objawami krzywicy, w niczym nie ustępuje swoim „donoszonym" rówieśnikom.

ELŻBIETA RYGLIŃSKA
Pielęgniarka Kliniki
Pediatrycznej U. W.

PIELĘGNOWANIE WCZEŚNIAKÓW

(Z doświadczeń szwajcarskich)

UNIWERSYTECKA Klinika Położnicza w Zurychu posiada specjalny oddział dla wcześniaków. Oddział ten mieści się w starym budynku, nieprzystosowanym do obecnych wymagań; obliczony jest na 50 łóżeczek, z których część przeznaczono dla noworodków chorych. Salki są nieduże, po 5—6 łóżeczek. W dwóch salach, dla zaoszczędzenia miejsca, zamiast łóżeczek — wstawiono „boks" — rodzaj oszklonej niskiej szafy, w każdej z jej 6-ciu szuflad leży jedno niemowlę; niemowlęta oddzielone są od siebie przegrodami ze szkła.

DZIECKO PRZYBYWA NA ODDZIAŁ

Klinika położnicza zawiadamia telefonicznie oddział o urodzeniu wcześniaka, a po upływie 30, a najwyżej 45 minut dziecko jest już przeniesione na salę o temperaturze 22—25 st. i odpowiedniej wilgotności. Dzięki temu, od pierwszej chwili swego życia, niemowlę znajduje się pod specjalną opieką i w odpowiednich warunkach.

Wcześniakowi mierzy się temperaturę, dokonuje pomiarów, ważenia, następuje badanie lekarskie i prześwietlenie aparatem Rentgena, który znajduje się na sali. Następnie wcześniak zostaje umieszczony w specjalnym łóżeczku z dopływem tlenu, pozostaje tam do chwili, gdy sinica ustąpi i ciałko zaróżowi się. Tego samego dnia laborantka pobiera dziecku krew na badanie morfologiczne, po czym pozostawia się je przez następne 12 godzin w całkowitym spokoju. Po upływie tego czasu zmienia się opatrunek pępowiny i podaje pierwszy posiłek 20 gr. pokarmu matki przez sondę.

METODA KARMIENIA

Wcześniaków karmi się sondą w ciągu tygodnia, gdyż mają one przeważnie niedostateczne odruchy ssania i połykania. Następnie, gdy noworodki są silniejsze, karmi się je smoczkiem po 1—2 razy dziennie. Długość sondy oblicza się według wzoru: piąta część długości ciała plus stały współczynnik 6,3 cm. Np. długość ciała wcześniaka wynosi 45 cm, a więc długość sondy równa się 0,2 × 45 plus 6,3 = 15,3.

Wcześniaka układa się na bok, sondę przepłukaną gorącą wodą, wprowadza się przez usta do żołądka. Następnie należy odczekać, by dziecko zaczęło spokojnie oddychać i miało różowy normalny wygląd. Dopiero wówczas wlewa się powoli pokarm, przy czym lejek, przepłukany uprzednio gorącą wodą, unosi się na 20 cm przy końcu karmienia sondę zaciska się i szybko wyjmuje. Wcześniaki karmi się 6 razy na dobę; codziennie, poczynając od 6-go dnia, dodaje się po 40 gr. pokarmu na dobę: a więc 1-go dnia podaje się 20 gr. II-go dnia 60 gr. III-go dnia 100 gr. itd. W razie gdy matka ma mało pokarmu dodaje się 10% eledon i aminokwasy od 0.5 do 1 gr. na dobę.

Przy sinicy i bezdechu stosuje się na zmianę 0,2 ampułki zawierającej 0,01 lobeliny i 0,1 ampułki, zawierającej 0,1 coraminy. Synhavit stosuje się przez 2 dni po 0,5 cm³ ampułki, zawierającej 0,01 gr. Po 2 dniach podaje się koraminę doustnie 6 razy dziennie po 1 kropli, lub też sympatol po 1 kropli 3 razy dziennie. 8-go dnia podaje się witaminę C po pół tabletki dwa razy dziennie, a 11-go dnia — witaminę przeciwkrzywiczą Vi-De w alkoholowym roztworze (2,5 cm= 600.000 j.), po 10 kropli przez 5 dni każdego miesiąca.

Na sali wcześniaków obowiązuje noszenie maski i przed każdym zbliżeniem się do wcześniaka — mycie i dezynfekcja rąk. Wcześniaki są myte, karmione i przewijane w łóżeczku. Codziennie waży się je w ubraniu i w pieluszkach, ubranie zaś i pieluszki waży się później oddzielnie.

Wszelkie czynności przy wcześniakach ograniczane są do minimum, aby jak najmniej je poruszać. Wcześniaki przebywają na oddziale do czasu osiągnięcia 3 kg. wagi, później przenosi się je kolejno z sali do sali, gdzie stopniowo przyzwyczajają się do normalnych warunków życia.

URZĄDZENIE SALI WCZEŚNIAKÓW

Pod każdym łóżeczkiem znajduje się kubeł na zużyte pieluszki, a nad łóżeczkiem umieszczona jest szklana półka. Stoi na niej termometr w płynie dezynfekcyjnym, smoczek w słoiku, miseczka do mycia, szczoteczka do włosów, puder, łyżeczka oraz lekarstwa wyznaczone na dany dzień. Obok wisi duża cerata, którą się kładzie na stole przy badaniu dziecka. W każdej sali znajduje się stół do badania, z szufladami na czystą bieliznę, poza tym łóżeczko tlenowe, szczelnie zamknięte, biurko dla pielęgniarki, waga, zegar ścienny i hydrometr, aparat do prześwietlania, tablice z wykresem mieszanek i wyszczególnieniem wartości kalorycznych, parawany szklane przy oknach i drzwiach, umywalnia, miska z płynem dezynfekcyjnym, kilka ręczników. Kaloryfery można dowolnie regulować.

Puste łóżeczka zakrywa się płóciennymi pokrowcami. Na materac kładzie się dużą ceratę, na nią prześcieradło, a następnie małą ceratkę i flanelę. Pod główkę kładzie się dwie pieluszki dla ochrony prześcieradła. Wcześniaki okrywa się flanelowym kocykiem i małą pierzynką. Przy każdym łóżeczku znajduje się zmiana bielizny i 2 pieluszki. Łóżeczka ogrzewa się butelkami metalowymi, napełnionymi gliceryną, podgrzewaną w specjalnym piecu. W razie potrzeby, używa się elektrycznej poduszki, by osiągnąć ciepłotę 37 st. Raz na tydzień zmienia się bieliznę pościelową, myje się łóżeczko, dezynfekuje, a materac trzepie się i wietrzy.

Ubranie wcześniaka składa się z koszulki, 2 wełnianych kaftaników, czepeczka, rękawiczek, wełnianych pantofelków i 2 pieluszek.

Mycie butelek, słoików, sond, smoczków i kubełków odbywa się na sali. Do wody z szarym mydłem dodaje się desogenu (płyn dezynfekcyjny), a następnie przesyła się do gotowania.

Opiekę lekarską nad oddziałem wcześniaków sprawuje dr. Willy wraz ze swą asystentką.

Oddział wcześniaków jest oddziałem szkoleniowym dla pielęgniarek, które po otrzymaniu dyplomu, obowiązane są do 6-cio miesięcznej praktyki na tym oddziele. Otrzymują one pensję, pełne utrzymanie i mieszkanie. Oprócz praktykantek pracują stałe pielęgniarki, po ukończonej 2-letniej szkole Pediatrycznej.

W Szwajcarii pielęgniarki pracują na dwie zmiany tj. po 12 godzin na dobę z przerwą 1 i ½ godz. na obiad. Rozpoczynają pracę o godz. 5.30, a kończą o godz. 19.30. W tygodniu mają półtora dnia wolnego w tym zawsze pół niedzieli. Dyżury nocne pełnią przez 6 tygodni, co 14 noc mają wolną. Do obowiązków pielęgniarki prócz właściwej pielęgnacji wcześniaków należy również sprzątanie sal chorych, pranie i cerowanie wełnianych kaftaników, a w wolnych chwilach robienie na drutach kaftaników, czepeczków i pantofelków wełnianych.

* * *

Szwajcaria odczuwa dotkliwy brak pielęgniarek, szczególnie w szpitalach gdyż wiele pielęgniarek woli pracować prywatnie, gdzie uzyskują lepsze warunki. Należy dodać, że z chwilą wyjścia zamąż pielęgniarki tracą prawo do wykonywania praktyki pielęgniarskiej i noszenia munduru.

Elżbieta Ryglińska



Do przenoszenia wcześniaka, w razie konieczności, winien służyć specjalny kosz, odpowiednio wysłany i dostosowany kształtem. *(met. angielska).*

E. M. KRAWIEC*)

WCZESNIAKI MUSZĄ ŻYĆ

OBNIŻENIE śmiertelności wśród dzieci, szczególnie zaś wśród noworodków jest znakomitym osiągnięciem radzieckiego systemu ochrony zdrowia. Słusznie więc Związek Radziecki może się szczycić tym, że statystyki śmiertelności noworodków w Z.S.R.R., w porównaniu ze statystykami innych krajów, są najniższe. Jeszcze większe obniżenie statystyki śmiertelności noworodków — sprawa honoru pracowników zakładów położniczych, akuszerek i pielęgniarek w pierwszym rzędzie — wymaga nauczenia się, jak chronić życie tych najsłabszych noworodków.

Uratowanie życia wcześniaka zależy — jak wykazały wieloletnie obserwacje — od jakości opieki i od warunków, stworzonych noworodkom i wcześniakom przez personel sanitarny danego zakładu położniczego.

PRAWIDŁOWY przebieg procesów przemiany materii w ustroju dziecka niedonoszonego możliwy jest tylko przy utrzymaniu jednakowej, normalnej temperatury ciała. Najważniejszą rolę odgrywa tu odpowiednie ogrzewanie wcześniaka zaraz po jego urodzeniu. Ciepłota ciała tych noworodków jest bardzo niestała; wahania jej zależą od temperatury otoczenia ciała dziecka; ta szczególna cecha różni dziecko donoszone od niedonoszonego. Zarówno podwyższenie, jak i spadek ciepłoty ciała są jednakowo szkodliwe, wbrew opinii dawnych lekarzy, którzy wierzyli, że nie można uniknąć tych wahań, właściwych istocie wcześniactwa.

Na podstawie wnikliwych spostrzeżeń i badań regulacji ciepła u dzieci niedonoszonych, ustalono główne przyczyny, powodujące wahania ciepłoty: niedojrzały układ nerwowy, stosunkowo wielka powierzchnia ciała w porównaniu z małą wagą (przez co zwiększa się utrata ciepła), a wreszcie słaby rozwój podskórnej tkanki tłuszczowej. Pierwsze minuty i godziny po urodzeniu, to najbardziej niebezpieczny okres, temperatura bowiem otaczającego środowiska jest nieco niższa, aniżeli temperatura wewnątrz łona matki, ustrój zaś wcześniaka nie jest zdolny do wyrównania takich różnic; tym się więc tłumaczy znaczny spadek ciepłoty ciała zaraz po urodzeniu z reguły u wszystkich niedonoszonych dzieci. Aby jak najszybciej zlikwidować nieuniknione u noworodka oziębienie i podnieść jego ciepłotę do normy, musimy pamiętać w czasie porodu o 2 warunkach:

1) temperatura na sali porodowej powinna wynosić przynajmniej 20—22° C.,
2) wszystkie przedmioty, stykające się ze skórą dziecka, muszą być odpowiednio ogrzane.

Zaraz po urodzeniu wcześniaka należy uprzedzić personel oddziału dziecięcego, by miał czas na ogrzanie łóżeczka i przygotowanie niezbędnych do przyjęcia dziecka rzeczy; po wykonaniu pierwszej toalety natychmiast przenieść wcześniaka do sali dziecinnej. Jeśli w sali porodowej ciało wcześniaka zostało oziębione, powoduje to (najczęściej w 2 dniu życia) wystąpienie sleremy (stwardnienie tkanki łącznej) na kończynach; jest to prognostycznie — zły znak. Wobec dużej powierzchni oddawania ciepła, należy dziecko niedonoszone bardzo szczelnie otulić ogrzaną bielizną, a odkrytą można pozostawić tylko twarz.

Utrzymanie na odpowiednim poziomie temperatury wcześniaka nie tylko chroni przed zachorowaniem i śmiercią, lecz także zmniejsza fizjologiczny spadek wagi.

Gdy skończy się czas pobytu wcześniaka w zakładzie położniczym należy pomyśleć o dobrym zorganizowaniu przeniesienia wcześniaka do domu. Szczególną uwagę należy poświęcić odpowiedniemu ubraniu dziecka w dobrze ogrzaną bieliznę, w wypadku zaniedbania tego warunku, wcześniak, choćby go nawet zawinięto w puchową lub futrzaną odzież, może całkiem w niej zdrętwieć z zimna.

Nie wolno jednakże zapominać o niebezpieczeństwie przegrzania wcześniaka, przez nieumiejętne ogrzewanie zarówno w zakładzie, jak i w domu.

PRAWIDŁOWE ogrzewanie jest konieczne także dla **zabezpieczenia rytmu oddychania.** Dawno już spostrzeżono, że napady zamartwicy (asfiksji) u wcześniaków wynikają z ochłodzenia. Asfiksja, jest to stan niezmiernie groźny, wymagający natychmiastowej pomocy. W ciągu wielu dziesiątków lat uważano, że przypadki za-

*) Medicinskaja Siestra Nr. 10 — 1948.

martwicy są dla wcześniaków zjawiskiem swoistym i że są rzekomo wyrazem ogólnego niedorozwoju ich czynności oddechowych. Obecnie, znając cechy szczególne oddychania, ustalono, iż zamartwicy można zapobiec przez zmniejszenie oddychania brzusznego (przeponowego), jakie przeważa u wcześniaków. W tym celu, dzieci niedonoszone należy układać na wysokim wezgłowiu i pobudzać niedojrzały ośrodek oddechowy w ciągu całego pierwszego miesiąca przy pomocy regularnego wprowadzania 0,5% roztworu kofeiny po 1 łyżeczce do herbaty 3—4 razy dziennie.

Pożyteczne jest wzbogacanie ustroju dziecka w tlen, na który wcześniaki wykazują większe zapotrzebowanie, niż normalne noworodki.

Wszystkie wymienione tu sposoby postępowania zapobiegają zjawianiu się napadów asfiksji. Ignorancja, niezwracanie dostatecznej uwagi na osobliwości oddychania wcześniaka, czy wreszcie niedocenianie tego problemu — pociąga za sobą razem z napadami zamartwicy powstanie wtórnej niedodmy płuc. W rezultacie pogarsza się wymiana gazowa, co z kolei jest powodem wyższego odsetka śmiertelności wcześniaków w zakładach położniczych. Dotyczy to szczególnie wcześniaków o wadze poniżej 1500 g.

WIELKIEJ uwagi, specjalnych wiadomości i doświadczenia wymaga również **sprawa karmienia** wcześniaków, które początkowo nie mogą ssać, a czasem także źle połykają.

Równocześnie z mlekiem należy wcześniakowi podawać bezwzględnie fizjologiczny roztwór soli i 5% roztwór cukru gronowego, które zatrzymując w tkankach wodę, zmniejszają fizjologiczną utratę wagi.

Poważnym niebezpieczeństwem, grożącym wcześniakom, jest także **infekcja.** Szkodliwe są tu nawet banalne saprofity, zawsze obecne na rękach ludzi i na wszystkich przedmiotach.

Każda infekcja u wcześniaka może przebiegać w postaci posocznicy i nawet obecnie, gdy istnieją specyficzne środki terapeutyczne, jak sulfamidy i antybiotyki, może spowodować śmierć. Dlatego zapobieganie zakażeniom ma znaczenie zasadnicze.

Jak najlepsze warunki sanitarne w pomieszczeniach, gdzie znajdują się wcześniaki, oddzielna sala, ścisłe odgrodzenie od kontaktu z chorymi, wczesna izolacja i prawidłowe leczenie dzieci chorych — to kardynalne zasady postępowania personelu sanitarnego i administracyjnego w zakładzie położniczym.

NIEZBĘDNYM ogniwem w łańcuchu potrzeb, koniecznych do ratowania życia wcześniaków jest **ścisła współpraca lekarzy, pediatrów i akuszerów, pielęgniarek i położnych,** wczesna sygnalizacja o zachorowaniu matki lub dziecka. Wcześniak powinien zaraz po opuszczeniu zakładu położniczego znaleźć się pod opieką pediatry.

Sukces obniżenia odsetka śmiertelności wśród dzieci niedonoszonych, osiągnięty przez zespoły licznych zakładów położniczych w Związku Radzieckim, świadczy o tym, że istnieją możliwości ratowania życia noworodków bardzo słabych i, że „wrodzona słabość życiowa“, którą przypisywało się ongiś wszystkim dzieciom niedonoszonym (tłumacząc wysoką ich śmiertelność) jest dziś argumentem nieprzekonywającym.

Tłumaczył i streścił W. L.



Rola pielęgniarki w przemyśle [5)]

JAKĄ rolę ma odegrać pielęgniarka przemysłowa w zakładzie pracy i co powinna wiedzieć, aby stać się pełnowartościowym współpracownikiem lekarza przemysłowego w walce z chorobami zawodowymi?

Choroby zawodowe są chorobami społecznymi, gdyż niejednokrotnie czynią człowieka niezdolnym do pracy; często przechodząc w choroby przewlekłe, przez długi czas wymagają opieki lekarskiej. Rola więc pielęgniarki przemysłowej jest bardzo odpowiedzialna, zwłaszcza na mniejszych placówkach, gdzie pielęgniarka pracuje samodzielnie, bez lekarza.

Ośmiogodzinny, stały kontakt z człowiekiem pracy ułatwia pielęgniarce spostrzeganie objawów chorobowych, wykrywanie źródeł i przyczyn chorób zawodowych. Poznanie rodzaju produkcji, surowca, narzędzi pracy, warunków higieniczno-sanitarnych, stałe oględziny warsztatów pracy umożliwiają zebranie wielu trafnych obserwacji, które w codziennym raporcie pielęgniarka przekazuje lekarzowi przemysłowemu, a tym samym wzbudza czujność czynników powołanych do kontroli zdrowia ludzi pracujących.

Znając warunki zdrowotne danego zakładu pracy, pielęgniarka stara się zorganizować możliwie najlepszą pomoc w schorzeniach przewlekłych i wypadkach nagłych. Przebywając wiele godzin z pracownikami, pielęgniarka nawiązuje z nimi kontakt, który ułatwia jej wprowadzenie racjonalnych metod zapobiegawczych.

Działalność pielęgniarki przemysłowej rozszerza się również na domowe środowisko robotnika. Kontakt z pracownikami w warsztacie i w domu umożliwia szerszy pogląd na choroby zawodowe, pozwala bowiem wykryć przyczyny zachorowań nie tylko w miejscu pracy, lecz i w środowisku domowym.

Pielęgniarka przemysłowa będzie najlepiej chronić zdrowie pracownika, jeżeli zechce pogłębić swą wiedzę, śledząc rozwijającą się ciągle w tej dziedzinie naukę; będzie wtedy umiała zaradzić niedociągnięciom i brakom w oświetleniu, ogrzewaniu, przewietrzaniu, czystości fabryki itp.

Kontakt, jaki pielęgniarka winna nawiązać z czynnikiem społecznym na terenie fabryki, pozwoli jej na wprowadzenie pewnego urozmaicenia w życiu fabrycznym robotnika. Urozmaicenie to, polegające na podniesieniu estetyki wnętrza zakładu, podniesie dobre samopoczucie pracujących, a tym samym wpłynie na wydajność pracy, która, jak to stwierdzono, wzmaga się w otoczeniu zdrowym i przyjemnym dla oka.

Dążeniem pielęgniarki przemysłowej — pionierki w swym zawodzie — winno być szukanie nowych dróg jej działalności. W oparciu o czynnik społeczny, pielęgniarka winna stać się prawdziwym przyjacielem i doradcą ludzi, których zdrowie przy warsztacie pracy zostało powierzone jej pieczy.

Bezpieczeństwo pracy

Troska o bezpieczeństwo pracy ma na celu stworzenie warunków, w których zmniejszy się liczba wypadków przy pracy.

Wypadki dzielimy na śmiertelne, ciężkie i lekkie. Wypadkiem, w rozumowaniu pielęgniarki przemysłowej, będzie choćby najmniejsze uszkodzenie ciała, nie wymagające nawet nałożenia opatrunku.

Jakąż rolę ma odegrać pielęgniarka przemysłowa w akcji bezpieczeństwa pracy w fabryce?

Dokładna obserwacja całokształtu życia w fabryce (podobnie jak w zapobieganiu chorobom zawodowym) pozwoli pielęgniarkom przemysłowym na ustalenie planu racjonalnego zabezpieczania zdrowia pracowników. Przyczyny wypadków pielęgniarka pozna najlepiej, opatrując robotników w ambulatorium fabrycznym. Niejednokrotnie przyczyn wypadków należy szukać poza fabryką, w środowisku domowym robotnika. Tu szerokie zastosowanie znajduje wywiad społeczny.

Stała opieka lekarsko - pielęgniarska winna być roztoczona zarówno nad zdrowiem fizycznym jak i psychicznym robotnika.

Uświadomiona pielęgniarka szybko zrozumie, że higiena pracy wiąże się ściśle z bezpieczeństwem pracy i, że nie tylko np. brak osłony pasa transmisyjnego może spowodować wypadek, lecz przyczyną nieszczęścia może być również zmęczenie fizyczne i umysłowe robotnika. I tu znów wielką pomocą w akcji zapobiegania wypadkom będzie dla pielęgniarki znajomość całokształtu pracy w fabryce, poznanie warunków domowych robotnika i nawiązanie z nim kontaktu. (c.d.n.)

Zofia Żołędziowska

***W** dziale pod tym tytułem zamieszczamy materiały do popularnych wykładów z dziedziny higieny, pierwszej pomocy i ratownictwa, które powinny posłużyć każdej pielęgniarce w pracy sanitarno - oświatowej*

Dr T. ROŻNIATOWSKI

Pierwsza pomoc

ZWICHNIĘCIA

ZWICHNIĘCIE, jest to uszkodzenie stawu, polegające na tym, że pod wpływem urazu jedna z kości wchodzących w skład stawu przerywa jego torebkę i przemieszcza się poza staw, pozostając trwale w tym nienormalnym położeniu. Staw jako taki przestaje istnieć, ponieważ powierzchnie stawowe nie stykają się z sobą. Oczywiście czynność takiego stawu pozostaje poważnie upośledzona, albo zupełnie zniesiona.

Zwichnięcie można rozpoznać na podstawie takich objawów, jak:

a) ból,

b) zniekształcenie stawu (zawsze porównać ze stroną zdrową!),

c) upośledzenie albo zupełne zniesienie ruchów w chorym stawie,

d) podskórne wylewy krwawe (siniaki), jakie ukazują się w otoczeniu chorego stawu w 2—3 godziny po wypadku,

e) obrzęk stawu.

Najczęściej ulega zwichnięciu staw barkowy, potem biodrowy, łokciowy, stawy żuchwowe i inne.

Leczenie zwichnięcia polega na „nastawieniu", to jest na wprowadzeniu przemieszczonej kości na dawne miejsce. Nie powinien tego dokonywać ratownik, ani też pielęgniarka, tylko lekarz. Chociaż zwichnięcie jest na ogół łagodnym wypadkiem, to jednak bez fachowego badania i bez kontroli zdjęcia rentgenowskiego trudno jest z całą pewnością orzec, czy wraz ze zwichnięciem nie współistnieje złamanie. W tym ostatnim wypadku wszelkie próby nastawiania są bardzo szkodliwe, gdyż powodują wielkie zniszczenia tkanek i krwotoki. Dlatego obowiązkiem ratownika w chwili podejrzenia o zwichnięcie jest unieruchomienie uszkodzonej kończyny wg zasad opisanych przy złamaniach i możliwie szybkie odesłanie chorego do lekarza. Aby nie dopuścić do nadmiernego obrzęku i wylewów krwawych — na chory staw kładziemy zimny, wilgotny okład, który jdnocześnie uśmierza ból.

Tylko w jednym wypadku ratownik może spróbować nastawienia zwichnięcia, a mianowicie przy zwichnięciu szczęki w stawie żuchwowym. Powstaje ono najczęściej przy zbyt szerokim ziewaniu u ludzi ze słabymi i rozluźnionymi więzadłami. W pewnej chwili ziewający słyszy trzask, odczuwa ból i z przerażeniem stwierdza, że nie może zamknąć ust.

Postępowanie ratownika jest następujące: dwa kciuki, owinięte w czyste chusteczki lub kawałki gazy opiera mocno o dolne zęby trzonowe chorego i naciskając mocno na szczękę w kierunku do dołu, wykonuje jednocześnie ruchy w przód lub w tył (zależnie od kierunku zwichnięcia), podobne do ruchów zamykania szuflady. W pewnej chwili szczęka wskoczy na właściwe miejsce, co można poznać po charakterystycznym trzasku.

WYKRĘCENIE

Jest to bardzo częste uszkodzenie ciała, które powstaje najczęściej przy wadliwych stąpnięciach i skokach oraz skręceniach kończyny dolnej (przeważnie stopy). Uraz doprowadza do nadmiernego rozciągnięcia torebki stawowej i do przerwania więzadeł i biegnących w nich naczyń krwionośnych, nie dochodzi jednak do zwichnięcia.

Leczenie polega na unieruchomieniu chorej kończyny i nałożeniu wilgotnego, zimnego okładu. Przy dużych obrzękach i wylewach krwawych zawsze należy wykonać zdjęcie rentgenowskie, gdyż przy wykręceniach często dochodzi do oderwania drobnych przyczepów kostnych, w których to przypadkach należy nałożyć opatrunek gipsowy.

Rozpoznać wykręcenie jest bardzo łatwo: uszkodzony staw (najczęściej skokowy) jest obrzęknięty, bolesny przy ruchach biernych i czynnych oraz przy dotykaniu. Zawsze występują mniejsze lub większe podskórne wylewy krwawe. W odróżnieniu od zwichnięcia ruchy w stawie są możliwe i prawidłowe, chociaż bolesne i ograniczone.

OPARZENIA

Dotychczas omawialiśmy uszkodzenia ciała powstałe pod wpływem urazów mechanicznych. Obecnie zajmiemy się urazami **termicznymi,** tj. oparzeniami i odmrożeniami.

Oparzeniem nazywamy zmiany chorobowe w tkankach powstałe na skutek zadziałania zbyt wysokiej ciepłoty. Zależnie od wysokości ciepłoty i czasu jej działania, oparzenia będą różniły się w swym natężeniu. Zasadniczo rozróżnia się 3 rodzaje oparzeń:

1-go stopnia — **rumieniowe**,
2-go stopnia — **pęcherzowe**,
3-go stopnia — **zgorzelowe albo zwęglające**.

Oparzenia 1-go stopnia są najlżejsze. Powstają one przeważnie na skutek zadziałania niezbyt wysokiej ciepłoty: promieni słonecznych, ognia działającego z pewnej odległości, lub pary wodnej.

Lekkie obrzmienie skóry, piekący ból i zaczerwienienie — oto objawy tej formy oparzeń.

D. c. n.

Pijawki

PIJAWKI, są to małe, czarno-brunatne robaki z grupy pierścienic. Za pomocą silnie rozwiniętych przyssawek chwytają się skóry, przecinają naskórek i wysysają krew z naczyń włoskowatych. Żyją w stawach i błotach. Pijawki używane w lecznictwie powinny pochodzić ze sztucznych hodowli, co daje pewność, że są czyste i zdrowe.

Obecnie pijawki znajdują w medycynie zastosowanie nie tyle dla ujęcia pewnej ilości krwi, ile dla obniżenia krzepliwości krwi: pijawki bowiem, dzięki **hirudynie**, substancji hamującej krzepliwość, zawartej w ich ślinie, mają własność obniżania krzepliwości nie tylko w miejscu przyssania, lecz także we krwi w ogóle, tj. z dala od miejsca ukąszenia.

Jedna pijawka wysysa przeciętnie od 5 do 15 g krwi i najczęściej, po nasyceniu się krwią sama odpada; po odpadnięciu można nie tamować krwi od razu, lecz pozwolić jej spływać w dalszym ciągu, zwracając pilną uwagę na tętno i wygląd chorego, by uchronić go przed nadmiernym wykrwawieniem.

Ilość pijawek oraz miejsca ich przystawienia określa lekarz, zależnie od rodzaju schorzenia:

1. W zakrzepowym zapaleniu żył — przystawia się pijawki wzdłuż naczyń, będących w stanie zapalnym,
2. W zapaleniu opon mózgowych i ucha środkowego — na karku i za uchem, na wyrostku sutkowym,
3. W sprawach zapalnych oka — na skroniach.
4. W stanach zapalnych narządów jamy brzusznej — najlepiej jest przystawiać pijawki na połączeniu kości krzyżowej z k. ogonową,
5. Dla zmniejszenia ciśnienia krwi w miażdżycy — za uszami.

Niebezpieczeństwa przy stosowaniu pijawek

1. Możliwość wprowadzenia do krwi zakażenia. Najbardziej obawiamy się przeniesienia kiły i zimnicy i to tym więcej, gdy nie wiemy na pewno, czy pijawki nie były już używane.

2. Uszkodzenie i przeżarcie większego pnia nerwowego lub naczynia krwionośnego, zwłaszcza tętniczego, co może spowodować niebezpieczny dla życia chorego krwotok.

A b y z a p o b i e c t a k i m p o w i k ł a n i o m, n a l e ż y:

1. Za każdym razem przystawiać pijawki świeże, najlepiej kupowane w aptece, a pochodzące ze sztucznych hodowli. Po użyciu — pijawki zniszczyć!

2. Jeśli lekarz nie określi dokładnie miejsca, to należy pijawki przykładać tam, gdzie tuż pod skórą znajdują się kości, a nie naczynia krwionośne lub pnie nerwowe.

Przygotowanie

Ponieważ nie można pijawek dezynfekować, dobrze jest przed zastosowaniem ich włożyć na 1 — 2 dni do czystej wody i wodę tę kilka razy zmienić. Słoik, w którym przechowuje się pijawki, należy uprzednio wygotować i przykryć gazą.

Taca

1. Pijawki w słoiku.
2. Syrop (z cukru) lub przegotowane mleko, w czystej szklance.
3. Igły, pensetki i probówki — wyjałowione.
4. Materiał aseptyczny: waciki, gaziki, pałeczki, wata, lignina.
5. Bandaż, przylepiec, nożyczki.
6. Spiritus vini, jodyna, kolodium, wata żelazna lub chlorek żelazowy.
7. Nerka, ręczniki albo serwetki z ceratką do osłonięcia bielizny.

Pozycja chorego

A. L e ż ą c a — jeśli pacjent jest ciężko chory. Chorego należy wygodnie ułożyć i okryć, obnażając tylko określone miejsce. Bieliznę osłonić.

B. S i e d z ą c a — jeżeli stan pacjenta pozwala na to, a zwłaszcza, gdy pijawki przystawia się na głowie. Najlepiej pacjenta umieścić w fotelu, wygodnie oprzeć i okryć.

Miejsce zabiegu (miejsce przystawienia pijawek) obmyć dokładnie wodą i obojętnym mydłem, wydezynfekować spirytusem, przeczekać, aż się spirytus ulotni. Jeżeli miejsce jest owłosione — ogolić.

Przed samym zabiegiem pielęgniarka myje ręce.

Postępowanie

1. Skórę posmarować wacikiem zmoczonym w syropie lub mleku. Gdy mimo to pijawka nie chce się przypiąć, można przy pomocy wyjałowionej igły nakłuć skórę, by wyciekła kropla krwi.

2. Wygotowaną pensetką przełożyć 1 pijawkę ze słoika do wygotowanej probówki. Słoik przykryć gazą i umocnić gumką.

3. Otwór probówki przystawić do skóry i poczekać, aż pijawka ukąsi chorego. Skoro już się mocno przyssie, należy probówkę usunąć, a pod pijawkę podłożyć kawałek wyjałowionej gazy, by pacjent nie czuł niemiłego, śliskiego i zimnego dotknięcia pijawki.

4. Obserwując pacjenta, czekamy, aż pijawka nasyci się krwią i sama odpadnie do podstawionej szklaneczki. Niekiedy po odpadnięciu jednej przystawiamy w to samo miejsce drugą (w celu odciągnięcia większej ilości krwi). Jeśli pijawka zbyt długo sama nie odpada, to można ją zmusić przez zwilżenie jej ogona lub grzbietu zimną wodą, albo przez dotknięcie wacikiem zmoczonym w jodynie, albo wreszcie przez posypanie odrobiną soli.

5. Krwawiącą rankę zajodynować i opatrzyć jałowym opatrunkiem uciskowym. Opatrunek unieruchomić przylepcem i przybandażować. W razie obfitego krwawienia, rankę opatrzyć watą żelazną lub dotknąć chlorkiem żelaza.

6. Po zabiegu należy pijawki obejrzeć i zorientować się ile mniej więcej wyssały krwi.

Czas trwania zabiegu, ilość krwi wyssanej, stopień krwawienia po odpadnięciu pijawek oraz samopoczucie chorego — zanotować w raporcie.

P r z e d, p o d c z a s i p o s k o ń c z o n y m z a b i e g u n a l e ż y b a d a ć t ę t n o.

J. Rauowa

KRONIKA

ZWIĄZKU ZAW. PRACOW. SŁUŻBY ZDROWIA R. P.

8 MARCA W ZARZĄDZIE GŁÓWNYM ZZSPZ

Międzynarodowy Dzień Kobiet obchodziłyśmy łącznie z pracowniczkami biura Zarządu Głównego. Po otwarciu uroczystości, zostały wygłoszone dwa referaty: ob. Dubienko Heleny pt. „Międzynarodowy Dzień Kobiet" oraz ob. Klimczewskiej Zofii pt. „Kobieta w walce o pokój".

Uchwalono wysłać depeszę do Obywatela Prezydenta, Bolesława Bieruta z wyrazami wdzięczności za uznanie pełni praw kobiety w Polsce Odrodzonej oraz dalsze depesze do Przewodniczącej Światowej Demokratycznej Federacji Kobiet, prof. Eugenii Cotton, do kobiet Związku Radzieckiego, na ręce ob. Niny Popowej, do kobiet bułgarskich, na ręce ob. Finki Lakowej. W depeszach tych zobowiązałyśmy się walczyć wspólnie o sprawiedliwy pokój świata i dążyć do jak najszerszego zrealizowania zdobyczy socjalnych, uzyskanych przez trud i walkę szeregu pokoleń.

Następnie wręczono 23 listy uznania za pilność i postępy w pracy szkolnej uczennicom: Kursu I i II Szkoły Pielęgniarstwa Z. Z. S. P. Z.

Z pośród personelu szkolnego odznaczono za rzetelną i wydajną pracę instruktorkę klasową oraz 5 pracownic Zarz. Gł. Z. Z. S. P. Z.

Po części oficjalnej, odbyła się „świetlica", zorganizowana przez uczennice Szkoły Piel.; otwarto ją odśpiewaniem „Hymnu Młodzieży Demokratycznej". Na program złożyły się tańce ludowe, śpiewy itp. Niespodzianką przygotowaną przez Zarząd Główny był występ znanej artystki, Chmurkowskiej.

Dodam jeszcze, że na terenie Szkoły Piel. istnieje aktywne Koło Ligi Kobiet, do którego należy 39 uczennic.

J. Szybińska

* * *

KRAKÓW

Sekcja Pielęgniarstwa założona została w grudniu 1947 r. w ramach Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i objęła pielęgniarki i pielęgniarzy m. Krakowa. Do Zarządu weszły: Przewodnicząca — Irena Fabiańska, I Wiceprzewodnicząca — Maria Elmanowa, II Wiceprzewodnicząca — Alina Kubicka, Skarbniczka—Maria Strzelecka i Sekretarka — Lucyna Wrzoskówna.

Sekcja liczy obecnie 113 członków. Każdy posiada w kancelarii Sekcji kartę indywidualną, z wyszczególnieniem danych osobistych, wykształcenia ogólnego i zawodowego, przebiegu pracy zawodowej itd.

Na zebraniach Sekcji wygłoszono szereg referatów, m. in.: „Pielęgniarstwo domowe w USA i w Polsce"— kol. H. Chrzanowska; „Zagadnienie pielęgniarstwa społecznego" — kol. Chudziakówna; „Pielęgnowanie chorych na Heine-Medina w USA" — kol. H. Chrzanowska. Poza tym kol. Chudziakówna odczytała „Sprawozdanie z kursu pielęgniarek społecznych w Warszawie", zaś kol. Wrzoskówna — „Sprawozdanie z kursu pedagogicznego dla pielęgniarek w Łodzi".

Wśród członków Sekcji rozdzielono przeszło 70 talonów na różnego rodzaju obuwie, uzyskano specjalną zniżkę na towary tekstylne w Państwowej Centrali Tekstylnej, ułatwiono zakup mąki, grysiku itd.

W listopadzie 1948 r. ufundowano stypendium dla uczennicy Uniwer. Szkoły Piel.-Położn. w Krakowie, w wysokości 12.000 zł rocznie.

Z kraju

W styczniu i lutym 1949 roku zostały przeprowadzone państwowe egzaminy pielęgniarskie w Warszawie, Pruszkowie, Białymstoku i Łodzi. 130 pielęgniarek otrzymało uprawnienia zawodowe. Poziom wiadomości słuchaczek był bardzo różnorodny. Wiadomości, które posiadały kandydatki w Warszawie i Białymstoku — na dobrym poziomie, w Pruszkowie — na dostatecznym, we Wrocławiu i Łodzi — na bardzo niskim.

Wpływ na poziom wiadomości miały prawdopodobnie: ogólne podstawowe przygotowanie słuchaczek oraz indywidualne ich podejście do zagadnienia uprawnień (traktowanie tej sprawy poważnie lub lekceważąco).

* *

W Warszawie, w Wydziale Zdrowia Publicznego odbyła się odprawa starszych pielęgniarek Ośrodków Zdrowia. W odprawie wzięły również udział przedstawicielki Ministerstwa Zdrowia. W czasie odprawy o-



W dniach od 3 do 5 lutego b. r. odbył się w Łodzi Państwowy Egzamin Pielęgniarski. Świadectwa otrzymało 46 koleżanek.

mówiono wyniki rocznej pracy pielęgniarek oraz plan prac na przyszłość. Dr Mirowski przedstawił zagadnienie współzawodnictwa pracy na terenie Ośrodków Zdrowia.

ŁÓDŹ

1 marca rozpoczął się w Łodzi następny z kolei kurs przygotowawczy do Państwowego Egzaminu Pielęgniarskiego. Kurs liczy 56 słuchaczów.

Ponieważ najwięcej trudności sprawia zawsze egzamin z „Polski Współczesnej", zorganizowano świetlice, na których słuchaczki omawiają najważniejsze wiadomości z prasy codziennej oraz wygłaszają referaty. W ramach zajęć świetlicowych słuchaczki zapoznają się, jak to jest przewidziane, również z pracą instytucji i organizacji społecznych, współpracujących ze Służbą Zdrowia.

* * *

We wszystkich szpitalach Zarządu Miejskiego w Łodzi rozpoczyna się stałe doszkalanie personelu pielęgniarskiego i sanitariuszek. Doszkalanie to obejmie zagadnienia zawodowe, organizację Służby Zdrowia, ćwiczenia praktyczne z pielęgniarstwa oraz wykłady o budowie, czynnościach i schorzeniach poszczególnych narządów.

Praca ta ma charakter społeczny. Wykłady teoretyczne prowadzą lekarze pracujący w danym szpitalu, ćwiczenia praktyczne zaś koleżanki-pielęgniarki.

M. M.

Z zagranicy

ZSRR

W Związku Radzieckim wielkie sumy przekazuje się na organizowanie i prowadzenie żłobków, które zapewniają dzieciom staranną opiekę, a matkom umożliwiają spokojną pracę. Obecnie istnieje w ZSRR duża ilość, żłobków na których zorganizowanie i utrzymanie państwo wydało w 1948 r. 2 miliardy rubli.

Partia i rząd radziecki poświęcają wiele uwagi temu zagadnieniu, czego dowodem jest wydanie przez Radę Ministrów nowych rozporządzeń dotyczących budowy dalszych placówek tego rodzaju w całym państwie ze szczególnym uwzględnieniem zakładów przemysłowych. Każda fabryka, czy kołchoz jest w Związku Radzieckim obowiązana do prowadzenia żłobka.

Dużą wagę przywiązuje się do kwalifikacji lekarzy trudnionych w żłobkach, wymagając od nich doświadczenia klinicznego w leczeniu niemowląt. Personel pielęgniarski obejmujący pracę w żłobku musi wykazać się doświadczeniem i specjalizacją w dziale pediatrii. Wymagane jest poza tym ukończenie szkoły pielęgniarstwa.

Ludność w pełni docenia znaczenie żłobków i, jak statystyki wykazują, frekwencja dochodzi do 100%. Ponadto żłobki nauczają higieny; matki uczą się w żłobku postępowania z niemowlętami: otrzymują wskazówki dotyczące karmienia, ubierania i wychowywania swych dzieci.

ANGLIA

Kolegium Pielęgniarskie Wielkiej Brytanii, mieszczące się w Londynie donosi, że z dn. 1 stycznia 1949 r. uczennice szkół pielęgniarstwa nie otrzymują uposażenia jak dotychczas i nie są umieszczane na listach płacy szpitali, lecz są uważane za uczennice i z tego tytułu otrzymują zasiłki stypendialne.

W kołach pielęgniarskich Anglii rozporządzenie to jest komentowane nieprzychylnie. Dotychczas, otrzymując pensję, uczennice były ściślej związane ze szpitalem i podlegały reżimowi internatowemu. Obecnie, zostanie podważona zasada, że uczennica jest obowiązana do mieszkania w internacie, co wpłynie oczywiście ujemnie na wychowanie przyszłych pielęgniarek.



Wolna Trybuna

NA MARGINESIE „DNIA KOBIET"

Dzień Kobiet — 8 marca. Wszystkie czasopisma wypełniają artykuły dotyczące kobiet sławnych lub szarych pracownic. Rzućmy okiem, kogo tam widzimy? Są robotnice, chłopki, uczone, nauczycielki, lekarki a w jednym tylko piśmie spotkałam fotografię pielęgniarki przy pracy w Izbie Dworcowej Ligi Kobiet.

Dlaczego nas nie ma w szeregach tych, o których się pisze?

Dlaczego naszych nazwisk brak na listach przodownic pracy?

Przecież zawód nasz jest zawodem wybitnie kobiecym. Powiecie może, że jesteśmy szarymi pracownicami, o których pracy nikt nie wie, że nie pracujemy dla efektu, ani dla sławy... Ale tak samo, nie dla efektu i nie dla sławy pracuje robotnica w przędzalni, albo nauczycielka w szkole. Dlaczego o nich się mówi i pisze, a o nas prawie wcale?

Stoimy w szeregach pracowników Społecznej Służby Zdrowia. Jesteśmy „społecznym ramieniem lekarza", ale czy jestesmy uspołecznione? Czy rozumiemy wagę naszej pracy, naszą społeczną odpowiedzialność za dobre wykonanie obowiązków zawodowych, czy znamy cel naszej pracy — cel o znaczeniu ogólnonarodowym?

Zdaje mi się, że w większości wypadków, wykonując naszą pracę, nie interesujemy się tymi zagadnieniami. To właśnie stawia nas na uboczu życia, prącego całą parą naprzód.

Stoimy obok życia, zamknięte w ramach swojego zawodu, oderwane od całokształtu problemów społecznych. — Mówię o większości, o wszystkich.

Pisałam już na tym miejscu o potrzebie zajęcia czynnej postawy w stosunku do zawodu. Dziś chcę to rozszerzyć do **czynnej postawy w stosunku do życia społecznego**.

Często spotykamy się z zarzutami, że jesteśmy nie-

uspołecznione. Oburza nas to i odpowiadamy na ogół, że samo niesienie pomocy choremu jest pracą społeczną. Niewątpliwie. Dziś jednak praca nasza sięga głębiej, sięga do środowiska.

Rozbudowa sieci Ośrodków Zdrowia, organizowanie przy poradniach ogólnych — pielęgniarstwa domowego, projekt wprowadzenia pielęgniarstwa przyszpitalngo, to wszystko każe nam wyjść w środowisko naszego pacjenta.

Środowiska te są różne. Nie chodzimy przecież tylko do biednych, czy tylko do bogatych, tylko do robotników, czy tylko do inteligencji. Społeczna Służba Zdrowia, obejmuje swoją opieką **wszystkich** obywateli.

Jak można zżyć się z rodziną, przeniknąć wszystkie jej kłopoty, niedomagania czy radości, nie znając warunków jej bytowania, i ogólnych praw ekonomicznych, które to bytowanie stwarzają? Jak można właściwie skierować pacjenta, czy pomóc mu radą, jeżeli nie znamy ustawodawstwa społecznego i zmian, jakie w nim zachodzą?

Dziś nie możemy stać tylko na stanowisku okazania pomocy fachowej w sensie „robienia zabiegów". Musimy **wejść w życie,** zapoznać się z jego zagadnieniami, wziąć w nim czynny udział. Wtedy społeczeństwo nas pozna i zrozumie, wtedy będziemy mogły uzyskać, należną naszemu zawodowi, pozycję społeczną.

Postarajmy się o to, żeby na przyszły rok w „Dniu Kobiet" nie zabrakło naszych głosów, i głosów zewnątrz, o naszym zawodzie.

MINCZEWSKA MARIA
Wojew. Instruktorka Pielęgniarek na miasto Łódź.



W księgarniach i kioskach

„ZARYS NAUKI O LEKACH DLA PIELĘGNIAREK" — Dr med. Witold Rudowski. Wydawnictwo: Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy, Warszawa 1948. Str. 173. Cena 320 zł. Biblioteka Pielęgniarki Nr 4.

Z prawdziwą radością witamy nowy podręcznik, mający wypełnić jedną z luk w naszym piśmiennictwie zawodowym. Luki tę stwarzają wiele trudności zarówno w okresie szkolnym, jak i w codziennej praktyce zawodowej.

Książka Dr W. Rudowskiego zawiera podstawowe wiadomości z nauki o lekach, wiadomości niezbędne w praktyce i konieczne w szkole.

Jest to właściwie krótki przegląd najważniejszych środków leczniczych, reprezentujących poszczególne grupy farmakologiczne, usystematyzowane według nowoczesnego podziału na farmakologię układu nerwowego, krążenia, oddechowego, moczowego, przewodu pokarmowego, narządów płciowych, następnie farmakologię leków „przyczynowych" (odkażające i bakteriostatyczne). Dalej znajdujemy ogólne zasady toksykologii oraz recepturę z tablicami dawek maksymalnych.

Książkę poprzedza interesujący wstęp, stanowiący krótki rys historyczny, podkreślający w rozwoju tej gałęzi wiedzy — jak w całej zresztą książce — tylko najważniejsze i najistotniejsze momenty.

Przystępny, jasny styl, brak balastu zbędnych szczegółów, zwięźle zobrazowany mechanizm działania leków, to bezwzględne zalety książki, wydanej bardzo starannie i na dobrym papierze.

W. L.

KALENDARZ ZDROWIA.— **Wydawnictwo P.C.K. Pod redakcją Prof. dra med. Marcina Kacprzaka. Ukazał się w styczniu 1949 r. w nakładzie 30.000 egzemplarzy. Stron 230.**

W prostej, interesującej i ładnej formie podano tu czytelnikom miast i wsi główne zagadnienia walki z chorobami.

Przyjmując, jako punkt wyjścia tej walki — profilaktykę, Kalendarz szczególnie uwzględnia problem szerokiego uświadomienia rzesz ludzkich o przyczynach i skutkach zachorowań.

O ile było to możliwe w wąskich ramach książki — umieszczono tu najniezbędniejsze wskazówki, dotyczące higieny życia codziennego i wczasów, higieny dziecka i kobiety, higieny pożywienia i mieszkania.

Znajdujemy tu także wiadomości o budowie i czynnościach organizmu człowieka, wiadomości niezbędne dosłownie — każdemu.

Dział chorób społecznych przynosi także szereg elementarnych wiadomości, o których — śmiało można powiedzieć — 50% ludności nie ma u nas pojęcia.

Wreszcie: pielęgnacja domowa i pierwsza pomoc w nagłych wypadkach — to cenne wiadomości, jakie się w praktyce zawsze przydają.

Poza tym znajdujemy w kalendarzu cały szereg danych o strukturze i działalności P.C.K. oraz bardzo ciekawy zbiór wiadomości o kraju. Warto jeszcze wspomnieć o ładnej szacie i dużej liczbie ilustracji.

Książka ta powinna znaleźć się w każdej czytelni czy świetlicy gminnej, w każdej wypożyczalni fabrycznej. Rozpowszechnienie tego rodzaju popularnych wydawnictw z dziedziny profilaktyki i higieny powinno znaleźć u nas, pielęgniarek, szczególne zrozumienie.

A. B.

Polskiego Związku Przeciwweneryczniego, tom II, zeszyt III.

Mimo, że jest to pismo o charakterze specjalistycznym, posiada bardzo wiele wiadomości, które powinny bez wątpienia zainteresować pielęgniarki.

Pragnę tu omówić artykuł szczególnie zasługujący na uwagę. Dr J. Suchanek w artykule **„Nowoczesna profilaktyka kiły wrodzonej"** opisuje właściwości kiły przenoszenia się na płód.

Ostatnie statystyki francuskie i anglosaskie — jak podaje dr Suchanek — określają odsetek śmiertelności dzieci z kiłą wrodzoną na 15%. Są to statystyki sporządzone już w czasie zastosowania współczesnych metod leczenia.

Dziś, wiemy już, że płód ulega zakażeniu wyłącznie przez łożysko, a więc kiła płodu pochodzi zawsze wyłącznie od chorej matki, przy czym płód może uniknąć zarażenia w tym jedynie wypadku, gdy matka została zarażona w ostatnich pięciu tygodniach ciąży. O ile zakażenie noworodka nastąpi w chwili porodu — będzie to już kiła nabyta, nie zaś wrodzona.

„Powstanie i nasilenie kiły wrodzonej zależy od całego szeregu czynników jak:

1. Czasu trwania zakażenia kiłowego.
2. Intensywności leczenia.
3. Okresu ciąży, w którym rozpoczęto leczenie".

„W miarę postępów w lecznictwie kiły, po wprowadzeniu do lecznictwa syfilidologicznego leków przeciwkrętkowych, przyczynowych, tj. arsenobenzolowych i bizmutu — leczenie kiły kobiet ciężarnych dawało coraz lepsze wyniki w zapobieganiu kile wrodzonej".

Obecne zapobieganie kile wrodzonej przy zastosowaniu penicyliny daje wyniki znacznie lepsze.

„Kwestia idealnej metody leczniczej kobiet ciężarnych — pisze dr Suchanek — nie jest oczywiście sprawą przesądzoną i niewątpliwie zarówno metody jak technika w miarę zdobywanego doświadczenia, ulegać będą modyfikacji. Można jednak z pewnością stwierdzić, że zasada oparcia leczenia zapobiegającego kile wrodzonej o penicylinę jest postępem trwałym, o specjalnie dużym znaczeniu społecznym".

Jako poważne zadanie, wysuwające się w akcji zapobiegania kile wrodzonej, dr Suchanek wysuwa wykrywanie wszystkich kobiet w ciąży chorych na kiłę (lub tych, które na kiłę chorowały) i poddawanie ich kuracji.

Doceniając znaczenie poradnictwa przedślubnego, punkt ciężkości jednak dr Suchanek przesuwa na: „1. Obowiązkowe badanie serologiczne każdej kobiety ciężarnej, 2. Masowe badania serologiczne ludności, 3. Obowiązkowe, bezpłatne, szybkie leczenie każdego ujawnionego przypadku kiły ciężarnych".

Na zakończenie artykułu autor omawia i cytuje ustępy jednego z okólników Min. Zdrowia, wydanego w kwietniu w związku z akcją zapobiegania kile wrodzonej.

A. B.

PRZEGLĄD PRASY ZAGRANICZNEJ

KANADYJSKA PIELĘGNIARKA NR 8

W numerze tym znajdujemy ciekawe szczegóły z organizacji oddziału dla wcześniaków w szpitalu Św. Pawła w Vancouver w Kanadzie. Oddział składa się z dwóch części: właściwej sali dla wcześniaków i drugiej, sali przygotowawczej.

Salka dla dzieci, obliczona na 5 łóżeczek, posiada okna szczelnie zamknięte, a dopływ świeżego powietrza reguluje sztuczna wentylacja. Temperatura na sali wynosi od 30 — 32°C, a wilgotność — 65%. W sali rozmieszczono planowo 8 lamp o świetle bakteriobójczym. Dzieci leżą w boksach, ogrzewanych parą. Każdy boks, to separatka, wyposażona we wszystkie przedmioty, potrzebne do pielęgnacji wcześniaka. Obok łóżeczka znajduje się podstawka z przyrządami do codziennego zmywania oliwą lub wodą; 2 razy w tygodniu kąpie się wcześniaki w wodzie z mysię je tylko oliwą w łóżeczku, by jak najmniej je poruszać. Nad łóżeczkiem wisi zestaw do kroplówki, często stosowanej na oddziale, ponieważ spostrzeżono, że wcześniaki znoszą lepiej leczniczy płyn w formie kroplówki (60 — 80 kropli na minutę), niż podawanie leku przez zastrzyknięcie. dłem. Jeżeli jednak dziecko jest bardzo słabe, zmywa

Poza tym w każdym boksie umieszczony jest aparat dostarczający tlen i wilgotne powietrze, których dopływ można dowolnie regulować. W razie potrzeby stosuje się również „namioty tlenowe". Główny zbiornik tlenu mieści się w ścianie, oddzielającej salę niemowląt od salki sąsiedniej. Zbiornik na tlen zostaje wymieniony po wyczerpaniu poprzez sąsiednią salę, co zapobiega niepotrzebnemu wchodzeniu na salę wcześniaków. Obok każdego boksu stoi szafka na czystą bieliznę.

Ściana sali, gdzie leżą wcześniaki, składa się w górnej części z ruchomych tafel szklanych, poniżej których mieszczą się metalowe szafki na zużytą bieliznę; szafki opróżnia się od strony sali przygotowawczej. Jest tych szafek 5; ich wierzch służy jednocześnie za stół do badania lekarskiego. Lekarz nie wchodzi do sali wcześniaków, lecz dyżurna pielęgniarka przynosi dziecko i kładzie na odpowiedniej szafce. Przed badaniem, lekarz zakłada maskę, gumowe rękawiczki i świeży fartuch. W ten sposób zmniejsza się do minimum niebezpieczeństwo przeniesienia infekcji. Prawo wejścia do sali wcześniaków ma tylko jedna osoba — dyżurna pielęgniarka.

J. S.

THE LANCET N. I. (amerykańskie pismo lekarskie)

Znajdujemy tu ciekawy artykuł omawiający **uczulenie pielęgniarek na streptomycynę.**

W ostatnich czasach zanotowano w USA liczne przypadki zapalenia skóry u personelu pomocniczo-lekarskiego. Stwierdzono, że zjawisko to występuje wskutek uczulenia na streptomycynę przy częstym stykaniu się z jej roztworami.

U 6 pielęgniarek w jednym szpitalu, gdzie stosowano streptomycynę 233 chorym w ciągu 20 miesięcy — pojawiły się objawy uczulenia w postaci ostrego świądu, a następnie grudkowatego wykwitu na plecach. W 5 przypadkach zanotowano obrzęk i swędzenie powiek, przypuszczalnie na skutek tarcia powiek palcem, zanieczyszczonym streptomycyną. Przeciw tym objawom zastosowano z dobrym skutkiem antyhistaminę — „Pyribenzamine".

Ostatnio, u 97 pielęgniarek wykonano próbne szczepienia, wprowadzając wśródskórnie po 100 jednostek streptomycyny. U 7 pielęgniarek stwierdzono wyraźny odczyn, u 6 zaszczepionych zanotowano reakcje wątpliwe.

Lekarze, interesujący się tym zjawiskiem, przypuszczają, że uczulenie mogło wystąpić na skutek infekcji promiennej. Słuszności jednak tego twierdzenia dotąd nie dowiedziono.

Lekarze amerykańscy w celach zapobiegawczych zalecają personelowi, mającemu do czynienia z tym lekiem, pracować w gumowych rękawiczkach oraz przestrzegać mycia rąk po każdym zetknięciu się ze streptomycyną. Ponadto dla ustalenia uczulenia przed pojawieniem się wyraźnych objawów lekarze radzą poddawać się co pewien czas szczepieniom próbnym.

A. S.

Przypominamy, że

REDAKCJA „PIELĘGNIARKI POLSKIEJ"

w numerze 2 — luty 1949. — ogłosiła

KONKURS

NA WSPOMNIENIE Z PRACY PIELĘGNIARKI Z CZASÓW WOJNY I OKUPACJI

WARUNKI KONKURSU

1. Praca musi być napisana przez pielęgniarkę.
2. Temat pracy musi być związany z zawodem pielęgniarskim.
3. Praca musi dotyczyć przeżyć osobistych.
4. Praca nie może przekraczać 6 stron maszynopisu (odstęp 1-wierszowy, margines 3 cm).
5. Nagrody: 1 — 15.000 zł, II — 10.000 zł, III — 5.000 zł.
6. Redakcja zastrzega sobie pierwszeństwo druku prac nagrodzonych bez porozumienia z autorem.
7. Prace wyróżnione, nienagrodzone mogą być także zamieszczone w piśmie (za normalnym honorarium).
8. Termin nadsyłania prac do 1 września 1949 r. (decyduje data stempla pocztowego).
9. Prace należy nadsyłać opatrzone godłem; nazwisko i adres w oddzielnej zaklejonej kopercie.
10. Skład jury podamy w jednym z następnych numerów.



Nasza Korespondencja

KOL. A. B. uczennica Szkoły Piel. w Gdańsku.

Za nadesłany artykuł, jako wyraz chęci współpracy z naszym pismem — dziękujemy. Niestety, nie możemy go umieścić, ponieważ temat nie odpowiada charakterowi naszego pisma. Artykuły teoretyczne z zakresu medycyny zamieszczamy tylko jeśli są napisane przez specjalistę i zamieszczamy je w związku z tematami pielęgniarskimi.

Wnosząc z artykułu, posiada Pani zarówno dobry styl jak i formę, tym więc skwapliwiej pragniemy skorzystać z nawiązanego już kontaktu i oczekujemy następnego artykułu, opartego o własne doświadczenie np. z życia szkoły, co nas zawsze interesuje. Chętnie widzimy zdjęcia, których koszta oczywiście pokrywamy.

KOL. E. ROMAN.

Numer 2—3 pisma wysłaliśmy. Książkę, o której koleżanka wspomina można zamówić w księgarni Lekarskiego Instytutu Naukowo Wydawniczego Warszawa, Chocimska 22.

KOL. B. PLATAKISOWA W GIŻYCKU.

Zapytuje nas Pani, jakie są możliwości kupna książek związanych z zawodem pielęgniarskim, względnie prosi o przysłanie katalogu.

Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy podjął inicjatywę wydawania podręczników dla pielęgniarek. Dotychczas wyszły pierwsze 4 tomy. W poprzednich numerach naszego pisma podawaliśmy ich tytuły i nadal będziemy informowali naszych czytelników o nowych wydawnictwach oraz podawali recenzje książek, które mogą zainteresować pielęgniarki. Specjalnego katalogu książek pielęgniarskich nie ma.

KOL. ZOFIA N.

W podobnych wypadkach należy porozmawiać z nieetycznie postępującą koleżanką i wytłumaczyć jej, że przyjmowanie przez pielęgniarkę w szpitalu ubocznych opłat od chorych:

1) nie licuje z godnością człowieka,
2) obraża zawód pielęgniarski,
3) stwarza niezdrowe stosunki w szpitalu.

O ile bezpośrednia interwencja Koleżanki nie pomoże, należy sprawę tę zgłosić do Sekcji Zawodowej Pielęgniarek przy Zw. Zaw. Prac. Służby Zdrowia do rozpatrzenia dyscyplinarnego.

Za życzenia dziękujemy. Zdjęcia wykorzystamy, prosimy jednak o obszerniejsze opisy.

SZPITAL ŚW. ELŻBIETY, KATOWICE.

Według informacji, udzielonych przez Inspektorat Szkolny Okręgu Warsz. 9-ta klasa nowego typu równa się ostatniej klasie gimnazjum, czyli małej maturze, uprawnia więc do ubiegania się o przyjęcie do szkoły pielęgniarstwa. Przy każdej szkole pielęgniarstwa istnieje obowiązkowy internat. Nauka i utrzymanie są bezpłatne. Adresy szkół pielęgniarstwa podaliśmy w Nr 2/3 naszego pisma.

OB. M. BARTOSIK W ZGIERZU.

Szkoła Pielęgniarstwa Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr. w Warszawie (ul. Działdowska Nr 1) przyjmuje kandydatki z ukończoną szkołą powszechną, które albo same należą do Zw. Zaw. Prac. Sł. Zdr., albo też są dziećmi członków tego Związku. Program nauki obejmuje zakres 4 klas gimnazjum. Egzamin wstępny obowiązuje. Bliższych szczegółów udzieli Pani dyrekcja Szkoły.

OB. WANDA CZYŻEWSKA, BIAŁYSTOK.

W Polsce nie wychodzi jeszcze pismo przeznaczone specjalnie dla położnych.

Sprawę prenumeraty przekazaliśmy administracji.

TREŚĆ

SOMMAIRE

REDAKCJA: Warszawa, ul. J. Stalina 22 m. 5 Zw. Zaw. Pr. S. Zdrowia. — Tel. 8-60-10. Redaktor przyjmuje: poniedziałki i środy w godz. 15—17. Redakcja czynna: codziennie 11—13. ADMINISTRACJA: Warszawa, ul. Mokotowska 14 PCK, telefony: 8-32-96, 7, 8, i 8-32-78, 9. KONTO PKO: Nr I-8326 — „Pielęgniarka Polska". Prenumerata miesięczna: zł 40,—, kwartalna zł 120,—, półroczna zł 240,—, roczna zł 480,—. CENY OGŁOSZEŃ: cała stronica 40 000 zł, ½ str. 25 000 zł, ¼ str. 15 000 zł, $^1/_8$ str. 10 000 zł, $^1/_{16}$ str. 7 000 zł, $^1/_{32}$ str 5 000 zł.

Prasa Wojskowa, Druk. w Łodzi, III. 49. Nr 697. 5.000. D-036407